



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

A PSICOEDUCAÇÃO NO CONTROLE DA ANSIEDADE NA MULHER COM CANCRO DA MAMA: PROPOSTA DE INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM

Isilda Andrade Brazão

Orientação: Professor Doutor Raul Alberto Carrilho Cordeiro

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

A PSICOEDUCAÇÃO NO CONTROLE DA ANSIEDADE NA MULHER COM CANCRO DA MAMA: PROPOSTA DE INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM

Isilda Andrade Brazão

Orientação: Professor Doutor Raul Alberto Carrilho Cordeiro

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

**A PSICOEDUCAÇÃO NO CONTROLE DA ANSIEDADE NA MULHER COM
CANCRO DA MAMA: PROPOSTA DE INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS EM
ENFERMAGEM**

Isilda Andrade Brazão

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de
Mestre e Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Júri:

Presidente: Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira

Arguente: Professor Doutor Jorge Salvador Pinto de Almeida

Orientador: Professor Doutor Raul Alberto Carrilho Cordeiro

Data: 13 de outubro de 2020

*Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.
Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.
(Antoine de Saint-Exupéry)*

AGRADECIMENTOS

As palavras de apoio, estímulo, incentivo e carinho recebidas ao longo deste percurso contribuíram decisivamente para tornar o presente trabalho uma realidade. Não sendo possível agradecer individualmente e não querendo correr o risco de esquecer alguém, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para que a elaboração deste relatório seja uma realidade.

Ao Professor Doutor Raul Cordeiro, orientador deste relatório, pelos saberes transmitidos, por toda a cooperação e incentivo durante todo este processo.

À minha orientadora no Estágio I, Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Sr.^a Enfermeira Rute Formiga e à minha orientadora no Estágio Final, Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Sr.^a Enfermeira Luísa Narciso pela disponibilidade, dedicação, orientação e conhecimentos transmitidos.

Ao meu chefe, Sr. Enfermeiro-Chefe Rui Quintino do Serviço de Medicina Interna: Ala Direita, pela compreensão e disponibilidade na orientação e elaboração dos horários, possibilitando a frequência de forma assídua o Curso de Mestrado.

Aos meus amigos e colegas do Serviço de Medicina Interna: Ala Direita, pelos pedidos aceites das trocas de turno, pelas palavras de carinho, de apoio, de incentivo e de estímulo.

Aos meus colegas de Mestrado pelo carinho, amizade e pelos momentos partilhados.

Aos utentes pela confiança demonstrada, pela sua cooperação, disponibilidade e partilha de experiências, sentimentos e emoções que permitiram o meu crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

À Rute Galvão e à Ana Catarina Figueira pela amizade, presença e disponibilidade nos momentos difíceis.

À Cinda pela amizade, pelo carinho, por acreditar e fazer-me acreditar que era possível.

Ao Armindo, meu marido, pelo incitamento, pela presença, pelo carinho e pelo apoio em todos os momentos deste processo de crescimento, desenvolvimento pessoal e profissional.

À Ana Rita a minha filha, o amor da minha vida, pelas palavras de incentivo, pela compreensão de ser privada da minha companhia em momentos marcantes da sua vida, ainda assim, mostrou o orgulho no meu empenho e esforço.

Aos meus pais pela educação que me deram, pelos valores que me transmitiram e pelos sacrifícios que fizeram para eu ser o que sou hoje.

A todos a minha profunda gratidão e o meu muito obrigada.

Resumo

Em Portugal o diagnóstico de cancro da mama é a patologia oncológica com maior taxa de incidência na mulher.

O diagnóstico de cancro da mama desestrutura e desorganiza a mulher em todas as suas dimensões como ser biopsicossocial e espiritual, desenvolvendo um misto de emoções e sentimentos, que originam níveis de ansiedade em grau moderado ou elevado.

As estratégias a implementar pelos EEESMP devem ser sustentadas na evidência científica atual e disponível. Assim, realizamos a RIL com objetivo de: Compreender o âmbito das intervenções especializadas na área da psicoeducação, no controlo da ansiedade na mulher com cancro da mama; Identificar as necessidades da mulher com cancro da mama no controlo da ansiedade; Elaborar uma proposta de intervenção especializada de enfermagem na área da psicoeducação no controlo da ansiedade na mulher com cancro da mama.

Os resultados evidenciaram que a mulher com cancro da mama tem níveis de ansiedade em grau moderado a elevado, que beneficiam do planeamento e implementação de intervenções psicoeducativas no controlo da sua ansiedade, obtendo ganhos em saúde particularmente na sua saúde mental. Neste âmbito, desenvolvemos uma proposta de projeto de intervenção de psicoeducação que foi disponibilizado para o serviço.

Palavras chaves: enfermagem, mulher, neoplasia da mama, ansiedade, educação.

Abstract

In Portugal, the diagnosis of breast cancer is the oncological pathology with the highest incidence rate in women.

The diagnosis of breast cancer disrupts and disorganizes women in all its dimensions as being biopsychosocial and spiritual, developing a mixture of emotions and feelings, which cause levels of anxiety in a moderate or high level

The strategies to be implemented by EEESMP must be supported by scientific evidence. Thus, we carried out the RIL with the aim of: Understanding the scope of specialized interventions in the area of psychoeducation, in controlling anxiety in women with breast cancer; Identify the needs of women with breast cancer to control anxiety; Develop a proposal for a specialized nursing intervention in the area of psychoeducation to control anxiety in women with breast cancer.

The results showed that women with breast cancer have moderate at high levels of anxiety and that they benefit from the planning and implementation of psychoeducational intervention to control their anxiety, obtaining gains in health particularly in their mental health. In this context, we developed a psychoeducational intervention project that was made available for the service.

Key words: nursing, woman, breast cancer, anxiety, education.

ABREVIATURAS E SIGLAS

DGS – Direção Geral de Saúde

D.R. – Diário da República

EESMP – Enfermeiro Especialista Saúde de Mental e Psiquiátrica

EEESMP - Enfermeiro Especialista Enfermagem Saúde de Mental e Psiquiátrica

IARC – WHO - International Agency for Research on Cancer of World Health Organization

JBÍ – Institute The Joanna Briggs

O.E. – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

Sr. – Senhor

Sr.^a - Senhora

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	17
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	21
2.1 – CANCRO DA MAMA NA MULHER.....	21
2.2 - A MULHER COM CANCRO DA MAMA NA PERSPETIVA DA SAÚDE MENTAL	25
2.3 – ANSIEDADE NA MULHER COM CANCRO DA MAMA	29
2.4. – INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA NO CONTROLO DA ANSIEDADE NA MULHER COM CANCRO DA MAMA	33
2.5. – MODELO TEÓRICO	38
3. METODOLOGIA DE PROJETO.....	44
3.1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO.....	45
3.2 – DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	48
3.3 – PLANEAMENTO	49
3.4 – EXECUÇÃO	55
3.5 – AVALIAÇÃO	56
3.6- DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	57

**4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS58**

4.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA 60

4.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA 65

4.3 - COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA..... 78

CONCLUSÃO.....81

BIBLIOGRAFIA84

APÊNDICES91

Apêndice I - Projeto de Intervenção: Psicoeducação no Controlo da Ansiedade na Mulher com Cancro
da Mama..... 92

Apêndice II - Resumo do Artigo Científico “Influência da Psicoeducação no Controle da Ansiedade
na Mulher com Cancro da Mama: Revisão Integrativa da Literatura” 107

ANEXOS109

Anexo I - Certificado de Presença no Congresso no 8º Congresso da A.P.A., “Interioridade(s)”.. 110

Anexo II - Certificado de Presença no X Congresso Internacional d’a Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Mental subordinado ao tema “Desafios em Saúde Mental) 112

Anexo III - Certificado de Frequência do Curso “Ansiedade, Stresse e Regulação Emocional em
Doentes Oncológicos”..... 114

Anexo IV- Certificado de Frequência do Curso de Formação Profissional “Prevenção do Suicídio”
..... 116

**A PSICOEDUCAÇÃO NO CONTROLE DA ANSIEDADE NA MULHER COM CANCRO DA MAMA:
PROPOSTA DE INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM**

Anexo V - Certificado da Realização do Póster “A Influência da Felicidade na Saúde Mental do Idoso: Revisão Integrativa da Literatura”	118
--	-----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Resumo das Etapas da Pesquisa Bibliográfica Realizada com as Palavras Chaves em Português.....51

Figura 2 – Resumo das Etapas da Pesquisa Bibliográfica Realizada com as Palavras Chave em Inglês.....53

INTRODUÇÃO

O presente relatório emerge no âmbito da Unidade Curricular – Relatório, inserido no 2.º ano do **III Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação**, promovido pelas Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde, particularmente, a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja e a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco, neste contexto a instituição de receção do referido curso, foi a **Escola Superior de Saúde de Portalegre do Instituto Politécnico de Portalegre**.

O Curso de Mestrado decorreu no biénio 2018/2020, tendo a duração de 3 semestres. Tendo-se iniciado em setembro no ano letivo 2018/2019. Sendo a data de conclusão prevista para julho do ano letivo 2019/2020.

Das diferentes áreas de especialização disponíveis no 3º Curso de Mestrado, foi elegida por nós como ramo de especialização a **Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**.

A doença mental e as perturbações mentais são uma realidade cada vez mais presente, em todos os nossos contextos, em que estamos inseridos desde pessoal, profissional, social, devendo ser valorizada e trabalhada pelos profissionais de saúde, nomeadamente os Enfermeiros, que são um importante elo de ligação entre os cuidados de saúde e os cidadãos.

Segundo o (Livro Verde da União Europeia, 2005:3), na União Europeia, “A doença mental atinge um em cada quatro cidadãos (...).”

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) “A saúde mental é a base do bem-estar geral. (...) Em Portugal as perturbações mentais comuns são uma das principais causas de incapacidade para a atividade produtiva (...).”

Assim, esta eleição teve como objetivo primordial adquirir conhecimentos, desenvolver competências pessoais, humanas e profissionais que contribuam para prestar cuidados de enfermagem diferenciados e estruturados nas áreas de intervenção de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica ao indivíduo, família, grupo e comunidade, promovendo

assim, ganhos em saúde mental, bem-estar psíquico, emocional contribuído para uma melhor e maior qualidade de vida.

A enfermagem é uma ciência que está em constante evolução, adaptação e agregação de novas descobertas científicas, de novos conhecimentos científicos e de novos desenvolvimentos tecnológicos, que permitem exercer uma prática baseada na evidência científica disponível e atual sustentando assim, as boas práticas na prestação de cuidados de enfermagem.

Segundo (Nunes,2018:13) “(...) boas práticas em enfermagem representam a agregação das dimensões científicas, técnica e humana.”

Neste sentido, a frequência deste Curso de Mestrado com área de especialização em **Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**, foi uma mais-valia e um enorme contributo na atualização, aperfeiçoamento, aprofundamento dos conhecimentos, desenvolvimento e aquisição de competências, estando de acordo com o preconizado pelo **Código Deontológico** que regulamenta a nossa profissão.

A estrutura do Curso de Mestrado compreendeu a componente teórica ministrada em sala de aula e a componente pratica com a realização dos Estágios I e o Estágio Final.

O Estágio I decorreu entre 26 maio e 30 de junho de 2019, no Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria – Internamento de Agudos – na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, Hospital Dr. José Maria Grande, sob a orientação pedagógica do Sr. Professor João Claudino e a supervisão clínica da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Rute Formiga.

O Estágio Final decorreu entre 16 de setembro de 2019 e 31 de janeiro de 2020, numa Unidade de Oncologia Médica - Hospital de Dia – numa Unidade Local de Saúde do Alentejo, sob a orientação pedagógica do Sr. Professor Doutor Raúl Cordeiro e a supervisão clínica da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Luísa Narciso.

O presente relatório tem como tema **“A Psicoeducação no Controle da Ansiedade na Mulher com Cancro da Mama: Proposta de Intervenções Especializadas em Enfermagem.”**

O interesse em desenvolver esta temática provém de fatores de ordem pessoal e institucional.

Os fatores de ordem pessoal emergem da necessidade sentida por nós em desenvolver, aprofundar conhecimentos, adquirir novas aprendizagens e ferramentas, que nos permitam ser suporte, apoio e ajuda nas diversas dimensões, (nomeadamente na dimensão psíquica), e necessidades no processo saúde – doença, da mulher com cancro da mama.

Os fatores de ordem institucional proveem da necessidade de construir projetos que sejam do interesse e para o benefício da instituição envolvida.

O cancro da mama é a patologia oncológica que mais afeta a população feminina tendo uma elevada taxa de incidência em Portugal. Pode afetar qualquer pessoa, não escolhendo raça, género ou condição social. Tem um forte impacto não só a nível pessoal, mas também a nível familiar, social e profissional, que impõem a mulher e à família um longo processo de adaptação e de transição para a sua nova condição de saúde.

Segundo (Lopes, 2006:38), “O processo de doença oncológica pode ser entendido como um processo de transição, porque se verifica uma alteração considerável no seu processo saúde-doença, no papel relacional, nas expectativas e/ou nas capacidades”. Refere ainda que, “(...) uma doença desta natureza impõe um processo de transição extremamente longo e complexo” (Lopes, 2006:38)

A mulher ao ser confrontada com uma suspeita ou diagnóstico de cancro da mama desencadeia um conjunto de reações, emoções, alterações psicológicas que associadas às incertezas e às possíveis alterações físicas que poderão ocorrer com os tratamentos, são promotores de elevados estados de ansiedade.

Estes estados de ansiedade podem também ser desencadeados pelo facto de o diagnóstico de cancro causar num primeiro impacto um sentimento de impotência, de incerteza em relação ao futuro originando sofrimento, anseios, medos, insegurança a vários níveis, isolamento devido às diversas modificação e alterações que ocorrem e que dificultam o desempenho das suas funções e papeis, afetando a sua qualidade de vida, o seu bem-estar emocional e psíquico.

O diagnóstico de cancro da mama leva a um processo de transição e adaptação da mulher à sua nova condição de vida. “(...) a experiência de viver uma doença conduz a alterações consoante o âmbito em que se desenrola.” (Silva, 2018:185)

Parece-nos assim, que a intervenção diferenciada, estruturada e especializada por parte do Enfermeiro Especialista, nomeadamente do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), ancorada na interação, na relação de ajuda e na Teoria das Relações Interpessoais de Peplau, é essencial para a mulher com cancro da mama que vivencia momentos de crise e de vulnerabilidade, em que o sofrimento, as perturbações mentais estão presentes, em que o apoio, o suporte, ajuda e a capacitação é fundamental para a restituição e promoção da sua saúde mental, bem estar e qualidade de vida.

O EEESMP, “compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do doente, assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais.” (Diário da República (D.R.) 2.^a série — N.º 151 — 7 de agosto de 2018:21427)

É de suma importância a perceção e compreensão dos novos conhecimentos e progressos na área da investigação relacionados com a saúde mental e o cancro, apurando as evidências científicas identificadas e disponíveis, que suportem de forma estruturada e diferenciada o planeamento e implementação de estratégias de intervenção de acordo com as necessidades identificadas, estabelecendo interação, relação interpessoal e de ajuda com a mulher com cancro da mama.

Assim, com presente relatório de estágio pretendemos realizar uma reflexão sobre as atividades desenvolvidas e os processos de aprendizagens efetuadas no decurso da realização dos estágios particularmente no estágio final, que contribuíram para o desenvolvimento de competências, nomeadamente competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) e competências de Mestre em Enfermagem no Ramo de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que sustentam a prestação cuidados de enfermagem diferenciados, estruturados e especializados à pessoa, família e comunidade.

Ao elaborar este relatório pretendemos:

- Refletir sobre a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica no âmbito do cuidado de enfermagem no controle da ansiedade na mulher com cancro da mama
- Relatar as atividades desenvolvidas pela mestrandia nos campos de estágio, particularmente no estágio final, que contribuíram para o desenvolvimento e aquisição de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica e de Mestre;

O presente relatório está estruturado em cinco pontos.

- No primeiro ponto, fazemos a caracterização do local de estágio.
- O segundo ponto é constituído pelo enquadramento conceptual.
- No terceiro ponto, aborda-se a metodologia de projeto e as várias etapas que o compõe.
- O quarto ponto compõe-se pela análise reflexiva sobre aquisição e desenvolvimento das diferentes competências.
- Por último, o quinto ponto, é constituído pela conclusão.

O presente relatório encontra-se redigido de acordo com as Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos (2ª Versão) do Instituto Politécnico de Portalegre, em vigor na Escola Superior de Saúde.

1. CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O Estágio Final decorreu entre 16 de setembro de 2019 e 31 de janeiro de 2020, numa Unidade de Oncologia Médica - Hospital de Dia – numa Unidade Local de Saúde do Alentejo, sob a orientação pedagógica do Sr. Professor Doutor Raúl Cordeiro e a supervisão clínica da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da referida unidade.

Unidade de Oncologia Médica - Hospital de Dia, está alocada na ala direita do 7º Piso, desde novembro de 2015 de uma instituição hospitalar de Unidade Local de Saúde do Alentejo.

Em termos de recursos humanos é constituída por:

- Uma equipa de 2 médicos oncologistas e um médico pneumologista - oncologista que faz o acompanhamento dos doentes oncológicos do foro da especialidade médica pneumologia.
- Uma equipa de enfermagem, constituída pela enfermeira chefe e 4 enfermeiras.
- Uma equipa de assistentes operacionais, formada por 2 assistentes operacionais.
- O serviço tem ainda 1 psicóloga, 1 assistente social, 1 nutricionista e 2 secretários de unidade.

O horário funcionamento do serviço é das 8h30` às 17h de segunda a sexta-feira.

Em termos de espaço físico, o serviço tem várias áreas, estando alocados entre outros: sala de espera para os doentes, gabinetes médicos, sala de enfermagem, salas de reuniões (por exemplo as reuniões semanais de Consultas de Decisão Terapêutica), salas de tratamentos com 2 camas que permitem maior privacidade do doente a realização de diversos tratamentos, desde oncológicos à administração de terapêutica em regime de hospital de dia, tais como administração de injetáveis de uso hospitalar, mas sem necessidade de internamento do doente, e 2 salas de tratamentos de espaço aberto (open space) que permitem a separação dos doentes em tratamento com quimioterapia, dos doentes com administração de medicação endovenosa de uso

hospitalar em hospital de dia, por exemplo a administração de ferro, salas de exames complementares de diagnóstico (por exemplo realização de biopsias ósseas e mielogramas), copa, roupa e sala de sujos.

Em termos de meios e equipamentos, o serviço dispõe de diversos meios e equipamentos para a administração de tratamentos, terapêutica e realização de exames complementares de diagnóstico, com segurança, minimizando assim, os riscos para a saúde dos doentes e para a saúde dos profissionais, promovendo a segurança e a qualidade dos cuidados médicos e de enfermagem que são prestados.

A referida Unidade, conta ainda com a colaboração e apoio, de outros serviços e dos seus técnicos.

O serviço dá resposta em regime de ambulatório, a uma serie de necessidades dos doentes de cariz oncológico e não oncológico, onde se incluem os doentes portadores de patologias das diferentes áreas e especialidades médicas tais como: Medicina Interna, Cirurgia, Nefrologia, Urologia, Imuno-hemoterapia, Infeciologia, Pneumologia, evitando deste modo o internamento destes doentes nos serviços de internamento, contribuindo assim para redução de custos e obtendo ganhos em saúde.

A área de intervenção é muito abrangente envolvendo a equipa multidisciplinar designadamente a equipa médica e equipa de enfermagem. Esta pauta-se essencialmente pela execução de tratamentos e administração de terapêutica da área oncológica e não oncológica, por via endovenosa, subcutânea, intra – vesical, intramuscular e oral. E ainda, pela realização de técnicas médicas, onde se destaca paracenteses, toracentese, flebotomias e realização de exames complementares de diagnóstico como mielogramas, biopsias ósseas exames de rotina como por exemplo colheitas de sangue diárias para análises aos doentes programados para consulta de oncologia e tratamento com quimioterapia no próprio dia.

Neste serviço também ocorrem consultas médicas de oncologia, consulta de psico-oncologia, nutrição e consulta de enfermagem de estomaterapia. Ocorrem ainda no serviço reuniões semanais multidisciplinares de consulta de decisão terapêutica de todos os doentes com diagnósticos de doença oncológica com o objetivo de ser estruturado um plano terapêutico centrado na pessoa e que dê respostas às suas necessidades de saúde.

A referenciação dos doentes é feita através das diversas consultas de especialidade que ocorrem na unidade hospitalar, dos médicos de família, doentes encaminhados por outros hospitais, devidamente acompanhados de todos os relatórios médicos e exames complementares de diagnóstico que atestam a sua real situação de doença e plano terapêutico.

Porém, o doente pode optar em que unidade quer ser tratado, assim, e de acordo com o seu consentimento, é feito o seu seguimento e acompanhamento nas consultas médicas oncológicas.

Aquando da admissão do doente com patologia oncológica no serviço, para iniciar o tratamento com administração de terapêutica quimioterápica, é feito o acolhimento ao doente pela enfermeira onde é-lhe apresentado o serviço, os diferentes elementos da equipa multidisciplinar e explicado determinados procedimentos, assim como as rotinas e as normas internas de serviço.

Tendo em conta a especificidade do serviço, após admissão no serviço inicia-se uma serie de etapas, de abordagens e avaliações individualizadas e centradas na pessoa, que irão ser registadas pelo enfermeiro, iniciando-se assim o processo de enfermagem do doente.

Este é um instrumento metodológico e científico que constitui o fundamento da prática de enfermagem. É composto por cinco etapas que são as seguintes: Avaliação Inicial, Diagnóstico, Planeamento das Intervenções, Execução e Avaliação.

A Avaliação Inicial é efetuada com recurso à observação, avaliação física, consulta de registo de outros profissionais nomeadamente os registos médicos. É realizada também uma entrevista semiestruturada, com o objetivo de perceber as necessidades do doente, ou seja, realizar o diagnóstico de enfermagem, planear as intervenções a serem implementadas e executadas de acordo com o diagnóstico e posteriormente avaliadas verificando os resultados obtidos.

A avaliação é um processo contínuo que permite a revisão e adequação dos diagnósticos de enfermagem, dos resultados e das intervenções. Permite ainda a adaptação e melhor gestão dos recursos disponíveis em prol das necessidades do doente.

É de salientar que as intervenções realizadas são programadas, planeadas de forma individual e centradas, tendo em conta a avaliação das necessidades do doente, os recursos e o meio onde está inserido.

Os doentes oncológicos sob tratamento de quimioterapia, assim como, os seus familiares ou rede de suporte, requerem um cuidado de saúde e de enfermagem diferenciado, estruturado e abrangente, pelo todo que a doença representa para estes doentes, não só a nível físico, devido aos efeitos dos tratamentos, mas também o impacto a nível da sua saúde mental ao longo de todo o processo de doença com mais ou menos intensidade devido á imprevisibilidade na evolução do curso da doença que origina incertezas, medos, sentimentos e emoções negativas e ansiedade que se torna presente na vida da mulher com cancro da mama e em quem a rodeia no seu dia-a-dia nomeadamente a sua família.

A intervenção estruturada dos EEESMP é uma mais-valia para estes doentes e a sua rede de apoio, pois contribui para uma melhor transição e adaptação à nova condição de saúde, aumentando os ganhos em saúde, melhorando o seu bem-estar físico, psíquico e a sua qualidade de vida

Neste âmbito é feita a vigilância e acompanhamento dos doentes após tratamento, e no intervalo entre os tratamentos, pela equipa de enfermagem, via telefone, tendo por objetivo a vigilância, despiste de complicações e esclarecimentos de dúvidas e questões por parte do doente/família, contribuindo para maior segurança do doente, adesão à terapêutica, promovendo maior conforto, confiança, bem-estar, apoio e humanização dos cuidados.

Importa referir que todos os registos de enfermagem, com exceção do registo da administração de terapêutica que tem modelo próprio, são efetuados informaticamente na plataforma **SClínico**, utilizando a **CIPE** (Classificação Internacional Prática de Enfermagem).

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1 – CANCRO DA MAMA NA MULHER

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) cancro é “um termo genérico para um grande grupo de doenças que podem afetar qualquer parte do corpo.” (OMS, 2020: 18), corroborando assim a definição da OMS Africa em 2012 no documento intitulado “Um Manual para Líderes e Gestores”, em que refere que palavra cancro é utilizada para definir “um grupo de mais de 100 doenças e possuem características definidas (...)” (OMS, Africa, 2012:4).

É uma patologia que pode afetar qualquer pessoa, não escolhendo idade, raça, estatuto ou condição social, género ou qualquer outra condição do ser humano.

Caracteriza-se pela divisão anormal das células, pela capacidade de proliferação desorganizada, pela capacidade de invasão dos tecidos adjacentes, pela capacidade de se propagar a órgãos, estruturas ou tecidos secundários como metástases. (Pollock, Doroshov, Khayat, Nakao & O’Sullivan, 2006)

O diagnóstico de cancro é uma realidade presente no nosso dia a dia e no nosso quotidiano, segundo os dados da International Agency for Research on Cancer da World Health Organization (IARC – WHO) registados na base de dados Globocan, refere que, a estimativa a nível mundial para o ano 2040 é de 29 532 994 pessoas com diagnóstico de cancro, verificando-se uma subida de 11 454 037 novos casos comparativamente ao ano de 2018 que eram 18 078 957 casos diagnosticados, o que representa um aumento mais de 63,4%, representado uma elevada taxa de incidência na população mundial (IARC – WHO - Globocan, 2018).

Portugal também acompanha esta tendência de crescimento na taxa de incidência de cancro. Segundo os dados da (IARC – WHO - Globocan, 2018), a previsão para população portuguesa no ano 2040 é de 69 565 pessoas com o diagnóstico de cancro, comparativamente ao ano de 2018 em que constavam 58199 pessoas registadas, com diagnóstico de cancro, verificando-se assim um aumento de 11366 casos, que representa um aumento de 19,5% da taxa de incidência.

Assim, constatamos que a doença oncológica tem um forte impacto na população mundial, com elevadas taxas de mortalidade e consequentemente de morbilidade e comorbilidades associadas à doença.

O cancro é considerado um problema de saúde pública a nível mundial “Um em cada cinco homens e uma em cada seis mulheres em todo o mundo desenvolvem cancro durante a vida.” (IARC - WHO, 2018). Ainda segundo esta entidade “Um em cada oito homens e uma em cada 11 mulheres morrem da doença.” (IARC - WHO, 2018).

Neste contexto, a IARC – WHO, refere que a análise dos dados e dos registos mais recentes nas bases de dados sobre o cancro “Estima-se que a carga global de cancro tenha aumentado para 18,1 milhões de novos casos e 9,6 milhões de mortes em 2018.” (IARC - WHO, 2018)

Em Portugal o cancro é “segunda causa de morte depois das doenças cerebrovasculares” (D.R. 2.^a série — N.º 183, 2017), sendo a “primeira antes dos 65 anos de idade” (Ministério da Saúde (MS), 2018:63), tendo “um peso crescente na nossa sociedade” (MS, 2018:63), ainda nesta linha a DGS refere que “Não é demais repetir o peso crescente que a Oncologia tem no país; tanto em carga de doença como no peso dos cuidados associados” (DGS, 2016:55) .

Ao analisarmos os dados disponíveis em 2018 pela OMS e pelos outros organismos que lhe estão associados incluindo a International Agency for Research on Cancer e a base de dados Globocan, sobre os tipos de cancro com maior taxa de diagnóstico e incidência na população mundial, inferimos que a população do género feminino é a que obtém resultados mais elevados para o diagnóstico de cancro.

Dos 185 países incluídos na Globocan, constata-se que em 154 países o cancro da mama é o cancro mais comumente diagnosticado em mulheres, tendo uma taxa de incidência de 24,2%, ou seja, cerca de 1 em cada 4 dos novos casos de cancro diagnosticado em mulheres é cancro da mama, sendo esta a patologia com a mais elevada taxa de incidência. (IARC - WHO, 2018).

Reportando-nos ao nosso país verificamos que em 2018, foram diagnosticados na totalidade 58199 casos de novos diagnósticos de cancro em Portugal, porém, 6974 casos que corresponde a 12%, são diagnósticos de cancro da mama na mulher. Ao analisar os mesmos dados, podemos concluir que cancro da mama na mulher representa 27,1% de todos os diagnósticos

de cancro na população portuguesa, sendo assim, a patologia mais diagnosticada na população portuguesa (OMS, 2018).

A investigação científica sobre o cancro da mama tem demonstrado que existem diversas etiologias para o seu aparecimento. É uma doença multifatorial e heterogénica devido as características pessoais, genéticas assim como ambiente, o contexto onde está inserida e que variam de mulher para mulher. Essa heterogeneidade também está presente na sua evolução, no seu desenvolvimento, sua remissão e na formação de metáteses.

Os fatores de risco suscetíveis para desenvolver cancro da mama na mulher são: idade, exposição ininterrupta a estrogénio, nuliparidade, primeira gravidez com idade avançada, anormalidades histológicas anteriores na mama, predisposição genética e fatores ambientais, assim:

Idade: O risco de cancro da mama aumenta com a idade. Contudo, não é raro em mulheres com menos de 40 anos.

Estrogénio: A menarca precoce aumenta o tempo de duração a exposição de estrogénio, a menopausa tardia e a terapias de reposição hormonal na pós-menopausa. A junção destes dois fatores contribui para o risco elevado para o aparecimento de cancro da mama na mulher.

Gravidez: A influência da prolactina e da gonadotrofina no crescimento das estruturas ductais, lobulares e alveolares na última metade da gravidez tem efeito protetor contra o desenvolvimento do cancro mama. As mulheres nulíparas que têm a primeira gravidez com idade muito avançada apresentam maior risco. Parece que o aleitamento materno tem efeito protetor com o desenvolvimento do cancro da mama.

Patologia anterior da mama: História de algumas alterações histológicas na mama aumenta o risco de desenvolvimento. Por exemplo carcinoma ductal in situ, carcinoma lobular in situ e hiperplasia atípica. Cancro da mama anterior aumenta o risco de desenvolver cancro contralateral.

História familiar e fatores genéticos: Ter um familiar em 1º grau com cancro da mama aumenta o risco em duplicado. Algumas doenças genéticas hereditárias que estão bem identificadas estão associadas ao maior risco para o aparecimento de cancro da mama, mas também de outros cancros.

Fatores ambientais: Fatores de risco ambientais incluem dieta com alto teor de gordura, ingestão de álcool, tabagismo e sedentarismo relativo. (Pollock et al, 2006)

A melhor estratégia que a mulher pode adotar para minimizar o risco, passa por adotar medidas de prevenção primárias onde se inclui a promoção de comportamentos saudáveis como a modificação de estilos de vida e adesão a programas de vacinação e medidas de prevenção secundárias como por exemplo a mulher realizar o auto exame da mama, participar nos programas governamentais de rastreio da cancro da mama, comparecendo quando convocada. (DGS, 2017).

Quando mais precocemente ocorre a deteção de presença de anormalidades na mama melhor é o prognóstico e maior é a probabilidade do sucesso do tratamento implementado.

O diagnóstico é obtido através da realização de exames complementares de diagnóstico como exames laboratoriais através dos biomarcadores e imagiológicos tais como ecografia mama, mamografia e outros como Tomografia Axial Computorizada (TAC) necessários para a caracterização do tipo e da extensão da doença.

Para obter a confirmação do diagnóstico é sempre necessário o exame anatomopatológico da lesão suspeita na mama com recurso à recolha da amostra (tecido da lesão) que geralmente é feito através de biopsia à lesão. Este é fundamental para identificar o estadiamento e gravidade da doença, permitindo assim a elaboração de um plano terapêutico ajustado e centrado na pessoa.

Os tratamentos a serem realizados podem incluir a quimioterapia, a radioterapia, a cirurgia, a hormonoterapia que podem ser administrados de forma isolada ou combinada em associação potenciando os efeitos e obtendo assim maiores ganhos em saúde para mulher.

Os enfermeiros têm um papel relevante na área do cancro da mama ao realizar educação e promoção da saúde nas mulheres contribuindo assim, para os ensinamentos em saúde eficientes e eficazes na área da prevenção e na deteção precoce implementando e incentivando as mulheres a participar e aderir aos programas e planos do Serviço Nacional de Saúde, dirigidos ao cancro da mama, como o Programa Nacional de Doenças Oncológicas ou o Rastreio do cancro da mama, e também no incentivo da alteração e modificação de comportamentos.

Além da área da prevenção, os enfermeiros desempenham um papel importantíssimo na área do tratamento oncológico, não só na vigilância e administração dos tratamentos mas também no acompanhamento e educação do doente e família a diversos níveis, quer dirigidos à vigilância e despiste de complicações pós tratamento na vigilância do estado físico, mas também na área da saúde mental, desempenhando o papel de compreensão, educação, orientação e apoio da mulher, família e comunidade, favorecendo assim entre outros, adesão aos tratamentos, adoção e alteração de comportamentos e estilos de vida saudáveis, contribuindo para o bem-estar emocional e qualidade de vida da mulher, família e comunidade.

2.2 - A MULHER COM CANCRO DA MAMA NA PERSPETIVA DA SAÚDE MENTAL

Como foi referido anteriormente o diagnóstico de cancro da mama é a patologia oncológica mais diagnosticada na população feminina, tendo a mais alta taxa de incidência em Portugal entre todos os cancros com elevada taxa de comorbilidades e ainda de mortalidade.

Tendo em conta o todo conhecimento científico e as descobertas científicas nos vários domínios da doença, associadas ao desenvolvimento tecnológico, terapêutico, a implementação de programas de rastreios, vigilância que permitem a deteção de alterações e presença de achados suspeitos cada vez mais precocemente, os projetos de educação e promoção da saúde dirigidos em particular para a mulher, tem contribuído para que atualmente se verifique um decréscimo nas taxas de mortalidade aumentando assim, as taxas de sobrevivência na medida em que já falamos em sobreviventes de cancro

No estudo realizado por Rebelo, Rolim, Carqueja & Ferreira, em Portugal, em 2007 conclui-o que “O avanço tecnológico, ao nível das ciências médicas, tem proporcionado um enorme otimismo no tratamento das doenças oncológicas e no aumento da taxa de sobrevivência dos doentes.” (Rebelo, Rolim, Carqueja & Ferreira, 2007)

Neste contexto (Albuquerque & Cabral, 2015:65) referem que “A elevada taxa de sobrevivência ao cancro é um fenómeno historicamente recente, há quarenta anos as taxas de sobrevivência globais do cancro eram muito baixas, existiam poucas opções terapêuticas, as que existiam estavam associadas a importantes efeitos secundários.”

Ainda nesta linha de pensamento (Simões, 2014:131) refere que “Os avanços que continuam a ocorrer no tratamento dos doentes com cancro constituem outro motivo de esperança. Temos, felizmente razões para pensar que no futuro vamos assistir a melhorias a sobrevida e sobretudo da sobrevida com qualidade de vida.”

A mama é um órgão de grande simbolismo para a mulher, pois é um dos símbolos que representa a sua identidade de género e sua feminilidade.

O seu significado e simbologia supera a estética pois, está profundamente relacionada com a imagem feminista da mulher, com a maternidade como origem de vida e alimento e com a sexualidade como fonte de prazer. “A mama simboliza a feminilidade e a maternidade e é associada ao prazer na intimidade e também à vinculação mãe/bebé” (Albuquerque & Cabral, 2015:130)

A mulher perante a colocação da hipótese de ser diagnosticado um cancro da mama, experiencia uma combinação de sentimentos e pensamentos, que tem um grande impacto na sua vida em todas as suas dimensão com reflexo inevitável na sua saúde mental.

Segundo o Livro Verde da União Europeia (2005: 4), citando a OMS, a saúde mental é “um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere”.

De acordo com o mesmo livro “Sem Saúde mental não há saúde. É a saúde mental que abre aos cidadãos as portas da realização intelectual e emocional, (...) A saúde mental e física estão intimamente relacionadas” (Livro Verde da União Europeia, 2005:4).

Existem estudos científicos que sustentam a evidência científica na existência de uma correlação direta entre a saúde mental e a patologia médica, ou seja, a saúde física/estado físico, influência a saúde mental da pessoa.

Neste contexto o Relatório Mundial da Saúde da OMS (2001: 35) refere que “A ciência moderna está a descobrir que, embora seja operativamente conveniente, para fins de discussão, separar a saúde mental da saúde física, constitui uma ficção criada pela linguagem.” No mesmo

âmbito podemos ler que “(...) a evidência científica acumulada, no campo da medicina comportamental, demonstra a existência de uma conexão fundamental entre saúde mental e saúde física” (2001:36)

É fundamental que os enfermeiros estejam sensibilizados e desenvolvam competências que lhe permitam “reconhecer perturbações mentais devido a um estado físico” (Correia, 2014:176).

A relevância dessa diferenciação segundo o mesmo autor consiste no facto: “Os sintomas psiquiátricos poderem ser a primeira manifestação de uma condição médica potencialmente grave”. Afirmar ainda que “A remoção ou minimização das causas médicas subjacentes, serem determinantes para a resolução ou melhoria do quadro psiquiátrico.” (Correia, 2014:176).

A perturbação mental resultante de uma patologia médica deve ser diagnosticada o mais precocemente possível, pois têm influência no bem-estar emocional da pessoa e na sua qualidade de vida, afetando o seu funcionamento nas suas diferentes dimensões.

Segundo a diretora geral da OMS na sua mensagem no Relatório Mundial da Saúde (2001: XI) afirma que “existe uma nova compreensão que oferece uma esperança real aos doentes mentais (...) a compreensão de como são realmente inseparáveis, a saúde mental e a física, e como é complexa e profunda a influência de uma sobre a outra.”

O diagnóstico de cancro da mama afeta a mulher em todas as suas dimensões como ser biopsicossocial e espiritual interferindo nas suas relações e interações pessoais, familiares, comunidade, no despenho das suas funções e nos seus diferentes papéis.

A mulher com diagnóstico de cancro da mama vivência um momento de crise associado a um enorme sofrimento psicológico além do sofrimento físico. “A presença de doenças físicas graves afeta a saúde mental das pessoas, tanto como de toda a família. A maioria das doenças gravemente incapacitantes ou ameaçadoras da vida, inclusive cancros em homens e mulheres, tem esse impacto”. (OMS, 2001:90)

Perante o diagnóstico de cancro da mama, a mulher sente-se vulnerável e desprotegida potenciando assim, o incremento de reações, emoções e sentimentos tais como: desespero, tris-

teza, angustia, dor, culpa, vergonha, choro, pânico, revolta, não aceitação do diagnóstico. Segundo (Patrão, 2007) “O impacto psicológico de receber um diagnóstico de cancro enceta diferentes reações emocionais, que escondem, (...) diversos medos”

Patrão (2007) refere que os medos foram organizados e citando Jimmie Holland, “segundo a tipologia - 6D”. Que tem o seguinte significado:

Death - (morte - medo das consequências da doença, preocupação com o futuro);

Dependency - (dependência da família e dos Profissionais de Saúde);

Desfigurement - (desfiguramento, alterações na imagem corporal e ao nível funcional)

Disability - (incapacidade para prosseguir com os objetivos);

Disruption - (rotura, principalmente nas relações sociais);

Discomfor - (mal-estar, consequências da doença, da cirurgia e dos tratamentos). (Patrão, 2007).

A perceção de possíveis alterações e limitações impostas pela doença, associadas ao estado de vulnerabilidade da mulher são promotoras de níveis de ansiedade em grau moderado a grave, que oscilam ao longo de todo o processo de doença desde a fase da descoberta da alteração/anormalidades presentes na mama, na fase de diagnóstico, na fase do tratamento, posteriormente na fase de transição da doença-saúde e por última na fase de sobrevivência.

O impacto do processo de doença na mulher é influenciado pelos conhecimentos e saberes de cariz empírico e técnico-científico que detém sobre a doença, pelas crenças, pelos valores, pela cultura, pela significância que a doença representa para a pessoa.

O cancro da mama abrange em todas as suas dimensões, pois a mulher é afetada de forma holística “pois atinge a unidade corpo-mente e espírito” (Almeida *et al*, 2015:473)

Nesta perspetiva (Barbosa, Pina, Tavares, & Neto, 2016: 675), “(...) a doença, pelo significado de ameaça maligna, destrói o meu projeto futuro, desorganiza a minha integridade e pode inibir, em certas condições, a minha capacidade de resposta”

A simbiose de todos estes fatores tem repercussões, no processo de adaptação e aceitação da sua nova condição de vida, na manutenção das funções e dos papéis enquanto ser biopsico-social e espiritual. Segundo (Albuquerque & Cabral, 2015:35) “ A adaptação à doença oncológica depende de múltiplos fatores físicos, psíquicos, sociais, culturais, espirituais, familiares, e ainda da etapa de desenvolvimento em que se encontra o indivíduo.”

“Deve fazer parte do cuidado de enfermagem o ouvir, tocar, expressar sentimentos, bem como estar disponível a assistir esse ser em sua totalidade observando-se a relação corpo e mente” (Almeida *et al*, 2015:473)

Nós enfermeiros, devemos estar capacitados com competências gerais e específicas que nos permitam promover a resiliência, o reajuste da pessoa, a confiança, mostrando autenticidade, o respeito pelas suas crenças e valores, sem julgamentos, demonstrando empatia, disponibilidade para ouvir, apoiar e informar, ser fonte de suporte emocional, de ajuda e sustentação para as suas tomadas de decisão de forma livre e esclarecida, estimulando assim o seu envolvimento e responsabilidade em todo o seu processo terapêutico.

2.3 – ANSIEDADE NA MULHER COM CANCRO DA MAMA

O diagnóstico do cancro da mama na mulher é um fator gerador de stress que afeta de forma abrangente a sua vida, provocando reações emocionais que a desestruturam e desorganiza psiquicamente, afetando a sua saúde mental. “As doentes oncológicas estão subtidas a um risco acrescido de apresentar alterações nos domínios comportamental, cognitivo e emocional. Entre os sintomas predomina a ansiedade, a angústia e o medo, para além das perturbações psicossomáticas, stress pós-traumático e autoconceito negativo.” (Dias & Durá, 2002:304).

A ansiedade é concomitantemente, um ajuste, uma adaptação e um mecanismo de stress, funciona como uma adaptação no sentido que é uma resposta a um desequilíbrio do sistema, que inicialmente reduz o nível de stress. A longo prazo é uma adaptação ineficaz porque impede que o sistema foque e trabalhe diretamente com a fonte de stress. Porém a ansiedade também é um stressor visto ser compreendida como uma emoção negativa, visto que provoca um estado de tensão, não aliviando a tensão original.

Segundo (Amaral,2010) ansiedade é um tipo de emoção com “características específicas: sentimentos, de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhados e pânico, diminuição da autosssegurança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz tremula” (Amaral, 2010: 38).

A ansiedade é uma reação emocional psicobiológica, reativa à doença ou ao seu tratamento, podendo ser agravada no decurso da doença e que pode comprometer todo um projeto e plano terapêutico, colocando em causa o seu sucesso. (Albuquerque & Cabral, 2015).

Ainda segundo, Albuquerque & Cabral citando (Kleinginna e kleinginna,1981) a ansiedade enquanto emoção é composta por cinco componentes:

“1- experiência subjetiva e sentimento (descrita como nervosismo, apreensão, inquietude, preocupação);

2- Expressão emocional (a nível facial, vocal, gestual e postura);

3- Cognitivo;

4- Fisiológico (por hiperativação autonómica);

5- Comportamental (luta, fuga, imobilização ou desmaio).” (Albuquerque & Cabral, 2015:205)

A ansiedade pode emergir em momentos específicos ou pode estar presente em todas as fases do processo saúde- doença e doença- saúde. “A ansiedade é uma manifestação do comportamento humano” (Taylor, 1992:147)

Para (Barbosa *et al*, 2016: 250) a ansiedade “Pode surgir subitamente, como reação grave, por dificuldade em manter a capacidade de controlo da situação, insegurança, medo, ou consequência da conspiração do silêncio que se pode gerar em torno do problema.”

Para estes mesmos autores, os conteúdos predominantes da ansiedade constituem-se pelas incertezas sobre o tratamento e a sobrevivência /futuro, pelos medos relacionados com afeitos secundários dos tratamentos, necessidade de tratamentos mutilantes, pela perda de controlo, pela dor, pela sobrecarga para os cuidadores e pelo sofrimento (Barbosa *et al*, 2016).

A vivência de uma doença oncológica, é pressionado pela pessoa como uma ameaça à sua integridade física, à sua vida nos vários domínios, dimensões e à possibilidade de continuar a viver.

Quando confrontado com o diagnóstico do foro oncológico, a pessoa inicia um processo de introspeção e avaliação retrospectiva da sua vida que finaliza num momento de consciencialização da possibilidade de finitude, incitando assim, o desenvolvimento de sentimentos e emoções que culminam em quadros de ansiedade moderados a elevados.

Neste âmbito, Albuquerque & Cabral (2015:203) afirmam que “Para um número significativo de doentes o diagnóstico de cancro é sinónimo de sofrimento, dor, ameaça à vida ou morte”

Neste contexto, (Silva, 2018:89) refere que “(...) a vida passa a ser equacionada em função do surgimento da doença”

Ainda nesta linha de pensamento (Silva, 2018:90) afirma que, “Numa existência povoada pela doença oncológica, o tempo presente repercute-se no tempo passado e limita física e cronologicamente o tempo futuro. Nestas circunstâncias (re)ver a vida decreta um tempo reconfigurado”

Para Correia, a ansiedade é uma “resposta emocional complexa, potencialmente adaptativa e fenomenologicamente pluridimensional, em que coexistem a perceção de ameaça ao organismo com ativação biológica reativa a tal perceção.” (Correia, 2014:70)

De acordo com o mesmo autor esta resposta emocional pode ocorrer em três eixos diferentes:

- Eixo fisiológico caracterizado pelos sintomas somáticos ou físicos da ansiedade;
- Eixo cognitivo caracterizado pelo conjunto de pensamentos, ideias, crenças ou imagens que acompanham a ansiedade;
- Eixo comportamental são as reações às cognições ansiosas podendo manifesta-se através de um comportamento evitante. (Correia, 2014).

O cancro da mama induz na mulher momentos de vulnerabilidade, crise, sentimentos negativos e ansiedade, sustentado em crenças, misticismos que lhe são associados, comprometendo a sua adaptação à sua nova condição de saúde, colocando em risco todo o plano terapêutico e o seu sucesso. “Na maioria dos doentes a ansiedade é adaptativa (...) quando patológica, compromete o funcionamento, conduz a negligência dos cuidados de saúde e diminui a qualidade de vida” (Albuquerque & Cabral, 2015:206).

O cancro da mama é compreendido como uma ameaça à vida da mulher, originando e incrementando o sofrimento psicológico provocado:

- Pelas incertezas e medos relacionados com as consequências da doença na sua vida diária e no comprometimento da sua autonomia alterando a sua funcionalidade e promovendo algum tipo de dependência como resultado dos tratamentos (náuseas, vômitos, caquexia, alopecia, linfedema);

- Pela alteração da imagem corporal e mutilação decorrentes da intervenção cirúrgica (mastectomia parcial, radical ou outra);

- Pela alteração no desempenho das suas funções e os diferentes papéis decorrentes dos tratamentos e que comprometem o seu bem-estar físico e emocional, influenciando o seu funcionamento físico, familiar, social e afetivo.

- Pelo estigma social que a doença provoca promovendo o isolamento social e familiar;

- Pela influência que a doença tem na sexualidade da mulher devido aos efeitos secundários dos tratamentos como a diminuição da libido, secura vaginal entre outros.

A junção de todos estes fatores associados a outras preocupações presentes na vida diária da mulher anteriores a esta nova ocorrência, contribui para desenvolver e incrementar níveis de ansiedade moderados a elevados que interferem em todo o processo da doença, comprometendo a sua aceitação, a adaptação, a adesão aos tratamentos, o bem-estar físico, emocional e a sua qualidade de vida. Segundo (Nunes, 2016: 28) “(...) a nossa condição humana é marcada pela fragilidade, pela finitude, pela vulnerabilidade, que (nos) coloca em necessidade.”

Salientamos que nós enfermeiros, nomeadamente Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria, não devemos esquecer que a mulher tem vida antes do aparecimento da doença que deve ser valorizada e inventariada tendo em conta a disponibilidade e abertura desta para a abordar, possibilitando assim à equipa, a perceção das consequências e influência da sua nova condição de vida na sua atividade diária, no desempenho dos vários papéis e funções.

Esta perceção objetiva a avaliação das suas necessidades, fomentando o desenvolvimento e a implementação de estratégias tendo o objetivo de colmatar essas necessidades, promovendo uma melhor reorganização e reestruturação pessoal e familiar, diminuindo assim os níveis de ansiedade contribuindo assim para prevenção de mais complicações.

A Ordem dos Enfermeiros no Regulamento n.º 356/2015, sobre o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, (D.R., 2.ª série — N.º 122 — 25 de junho de 2015:17034), refere que o enfermeiro especialista em saúde mental, “previne complicações para a saúde mental dos clientes.” Entre outros elementos destaca-se a “A identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas reais ou potenciais de saúde mental do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis”. (D.R., 2.ª série — N.º 122 — 25 de junho de 2015:17034)

2.4. – INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA NO CONTROLO DA ANSIEDADE NA MULHER COM CANCRO DA MAMA

O cancro da mama é um evento adverso na vida da mulher, pois origina uma descontinuidade abrupta na sua rotina de vida diária, provocando desequilíbrios, desorganização e perturbações que a afetam em todas as suas dimensões como ser humano. “O diagnóstico de cancro é um marco no acontecer autobiográfico, na trajetória de vida e no ciclo vital de qualquer pessoa.” (Costa, Jimenez & Ribeiro, 2012)

Perante o diagnóstico de cancro da mama a mulher vive momentos de vulnerabilidade, ansiedade, impotência, pessimismo, medo e incerteza que originam momentos de apreensão, de grande exigência emocional, comportamental, social, que tem repercussões na sua qualidade de vida e na sua saúde mental.

Neste âmbito as autoras (Albuquerque & Cabral 2015:41), afirmam, “Mais do que as consequências objetivas da doença, é o modo como a pessoa interpreta a situação que determina as suas reações.”

Graça Carapinheiro no prefácio do livro “Territórios da Psicologia Oncologia” escreve que “Cancro equivale a desordem. Não uma mera desordem fisiológica que, já por si, é suficientemente dramática, mas uma desordem de outras ordens do viver, do sentir e do pensar” (2001: XVII).

A transição da mulher para nova condição no seu percurso de vida, assim como, a sua aceitação e adaptação são essenciais para superar e vencer todos os desafios que lhe serão colocados.

Segundo (Lopes, 2006: 38) os doentes manifestam “dificuldades vivenciais, resultantes da situação de doença oncológica e que se podem caracterizar, genericamente, como uma vivência de transição, ou de crise, ainda que com particularidades (crise recorrente, de desfecho imprevisível, com a qual é necessário aprender a viver).” O mesmo autor refere ainda que, “A transição, requer da pessoa a capacidade para incorporar novos conhecimentos, para alterar comportamentos e até para mudar o seu «self» no contexto social”. (Lopes, 2006:38)

A mulher deve ser estimulada e apoiada para desenvolver e mobilizar todos os seus recursos internos, para melhor entender e compreender a sua patologia base, incorporando as implicações e consequências que sua nova condição de saúde têm no seu quotidiano.

A vivência de momentos de crise é uma instigação e uma oportunidade para crescimento e desenvolvimento pessoal e emocional, contribuído para melhorar o bem-estar psíquico e emocional otimizando uma gestão eficaz da sua doença.

De acordo com Silva, Ferreira & Pereira “O termo adaptação engloba todos os processos que a mulher desenvolve e mobiliza, no sentido de lidar e integrar as mudanças decorrentes da sua nova condição.” (Silva *et al.* 2018)

Os mesmos autores aludem ainda que “A adaptação da mulher à doença oncológica mamária não se confina, como é frequente encontrar, a um conjunto de aspetos psicológicos.”, (Silva *et al.* 2018), logo é necessário o empoderamento e a capacitação da mulher para enfrentar e gerir o seu diagnóstico.

Neste âmbito “todas as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros no sentido de ajudar as mulheres a viverem com a doença e a prevenirem complicações são atividades consideradas promotoras da adaptação” (Silva *et al.* 2018).

Neste contexto (Challifour, 2008: 120), afirma que “(...) o reconhecimento do cliente como ser único detentor de um modo particular de interagir com o seu ambiente, na estruturação de meios que lhe permitam adquirir uma maior consciência-de-si, e aceder aos seus recursos pessoais.”

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, refere que “(...) o enfermeiro especialista em saúde mental conjuntamente com o cliente, desenvolve processos eficazes de adaptação às situações de vida e condição de saúde mental” (D.R., 2.ª série — N.º 122 — 25 de junho de 2015:17037).

Das múltiplas intervenções de enfermagem que poderão ser implementadas pelos enfermeiros, nomeadamente os Enfermeiros Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, com objetivo de empoderar e capacitar da mulher na gestão e controlo nos níveis de ansiedade, destaca-se a educação através das intervenções psicoeducativas. Estas viabilizam uma melhor perceção sobre a sua doença nas diversas vertentes, sustentando o desenvolvimento e reajuste emocional, comportamental, contribuído assim para uma melhor adaptação e consequentemente obtendo ganhos em saúde.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 que foi prorrogado até 2020, no resumo publicado em maio de 2013 define ganhos em saúde “como resultados positivos em indicadores da saúde, e incluem referências sobre a respetiva evolução.” (DGS, Plano Nacional de Saúde 2012-2016: 58)

Neste âmbito, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental refere que, “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em saúde mental conjuntamente com

o cliente, desenvolve processos eficazes de adaptação às situações de vida e condição de saúde mental.” (D. R., 2.^a série — N.º 122 — 25 de junho de 2015).

Assim, no enunciado descritivo da adaptação no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, preconiza como intervenções de enfermagem entre outras, a serem implementada com o objetivo de fomentar adaptação às situações de vida e à condição de saúde mental, “(...) A conceção de estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de adaptação, de forma a eliminar ou reduzir os riscos decorrentes da sua perturbação mental” e “(...) A utilização de técnicas psicoeducativas, psicoterapêuticas e socio terapêuticas que facilitem respostas adaptativas do cliente à sua condição de saúde mental.” (D.R., 2.^a série — N.º 122 — 25 de junho de 2015:17034).

Segundo o mesmo regulamento psicoeducação não é um tratamento, é uma “forma específica de educação. (...). É também uma maneira de desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos. (...) é projetada para ser parte de um plano global de tratamento” (D.R., 2.^a série — N.º 122 — 25 de junho de 2015:17034).

Segundo (Lemes & Neto, 2017), esta intervenção não farmacológica (psicoeducação) iniciou-se em 1970, o termo pode ser dividido em duas palavras que são psico e educação. Psico está relacionada com as teorias e técnicas psicológicas, educação é relacionada com a área pedagógica envolvendo o processo ensino/aprendizagem. É um modelo complexo que envolve diferentes teorias psicológicas e educativas que se podem inter-relacionar para compreender o paradigma da espécie humana e aplicar as suas técnicas na vertente pessoa doente. (Lemes & Neto, 2017)

Neste âmbito, (Lemes & Neto, 2017) sustentados em (Authier, 1997) referem que “a psicoeducação propiciou uma maneira de auxiliar o tratamento das doenças mentais a partir das mudanças comportamentais, sociais e emocionais cujo trabalho permite a prevenção na saúde.”

O planeamento e implementação das intervenções de enfermagem devem ser subjacentes às necessidades identificadas tendo em conta as fases do processo de enfermagem de saúde mental que são: Apreciação, Diagnóstico, Identificação dos resultados, Planeamento, Implementação e Avaliação (Townsend, 2014), assim, estas devem ser estruturadas e planeadas de forma individual e centradas na pessoa.

A implementação e execução das intervenções carece que o enfermeiro, particularmente o EEESMP, crie as condições favoráveis quer ambientais, quer contextuais, que proporcionem e facilitem essa implementação. Deve aplicar técnicas e competências comunicacionais e relacionais que favoreçam o estabelecimento de uma relação de confiança, de uma relação interpessoal e de ajuda, apresentando disponibilidade para a escuta, disponibilidade o apoio emocional, demonstrando autenticidade, empatia, aceitação, compreensão, esperança, respeito pela pessoa com crenças e valores próprios, valorando a sua dignidade.

Neste âmbito (Lopes, 2018) afirma que, “Na verdade, não é possível fornecer qualquer cuidado de enfermagem, exceto no contexto de uma relação.”

Segundo (Lopes,2018), a relação pode se manifestar “sob duas formas: a primeira é a relação como o contexto de todos os cuidados e a segunda é a relação como uma estratégia separada para a intervenção terapêutica. (...) a relação é conceitualizada como uma estratégia de intervenção autónoma”. Refere ainda que “julgamento clínico do enfermeiro, significa que, dado o estado de saúde da pessoa, a relação é um instrumento terapêutico em si mesmo.” (Lopes, 2018)

Para o mesmo autor, citando Meleis 2012; Phaneuf 2002; Watson 1985 , a relação “é um ato de partilha que envolve todo o corpo e todas as formas de comunicação”. (Lopes, 2018)

A relação estabelecida com o doente pode ocorrer de acordo com o contexto, ou seja, o ambiente ou contexto onde acontece o cuidado. Porém a relação também pode ser concebida como uma estratégia para implementar uma intervenção terapêutica de forma autónoma, ou seja, uma relação terapêutica. A avaliação da condição de saúde do doente por parte da enfermeira, é essencial para a estabelecer a relação que poderá ser um instrumento terapêutico em si mesmo. (Lopes, 2018)

2.5. – MODELO TEÓRICO

Vivenciar um diagnóstico de cancro da mama é experienciar momentos de grande vulnerabilidade com forte impacto em todas as dimensões da pessoa, do ser humano.

Neste âmbito, (Lopes, 2005) afirma, “(...) o que está em causa numa situação de doença, não é apenas, nem principalmente, um processo fisiopatológico, mas antes e sobretudo, uma experiência humana.”

Nesta perspetiva, “As pessoas a quem se prestam cuidados são seres humanos, singulares, identificados pelos seus padrões de consciência e pela interação com o ambiente, pelo que prestar um cuidado holístico, “como um todo”, requer atenção ao corpo, espírito, mente” (Nunes, 2018:110-111).

Ainda nesta linha de pensamento a Ordem dos Enfermeiros no seu documento referente aos Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos afirma que “a pessoa tem de ser encarada como ser uno e indivisível” (Ordem dos Enfermeiros (O.E.), 2001:9)

O enfermeiro para prestar cuidados de enfermagem de excelência, individualizados, centrados na pessoa, que deem resposta às suas necessidades, de forma sustentada, organizada e tendo em conta que “a pessoa é um ser complexo, dinâmico, inseparável do seu ambiente e que não pode ser reduzida a uma situação de saúde-doença” (Nunes, 2018:111), tem que criar todas as condições quer ambientais, quer contextuais para estabelecer uma relação de confiança, ajuda, uma relação interpessoal. “(...) a arte da presença pode fazer a diferença no contexto da experiência humana de doença” (Lopes, 2005).

Pensamos que os contributos da Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau é a conceptualização teórica que melhor sustenta as intervenções de enfermagem, que respondem às necessidades diagnosticadas na mulher com cancro da mama, na área da saúde mental.

Hildegard Peplau nasceu a 1 de setembro de 1909, na Pensilvânia, é considerada a mãe da enfermagem psiquiátrica, tendo influenciado o desenvolvimento dos padrões profissionais, educativos e práticos da enfermagem, ao conceptualizar o doente como parceiro no processo de enfermagem, revolucionando a enfermagem do seu tempo. (Tomey & Alligood, 2004)

A Teoria das Relações Interpessoais é uma teoria de médio alcance, centrada na relação enfermeiro-doente, foi desenvolvida com os contributos do conhecimento retirado da ciência comportamental. (Tomey & Alligood, 2004)

Assim, Peplau ao desenvolver a sua teoria foi influenciada pelos contributos de diversas teorias. Evidenciando-se as seguintes:

Maslow - Teoria da Motivação Humana - refere que as pessoas são motivadas a para atingir o seu potencial inerente, um processo referido como autorrealização,

Miller - Teoria da Personalidade - aborda os mecanismos de ajuste, psicoterapia e princípios de aprendizagem social;

Sullivan - baseado na teoria de Freud abordou os princípios de inclusão de determinantes culturais e sociais destacando a importância do desenvolvimento das relações interpessoais. (Tomey & Alligood, 2004).

A teoria das relações interpessoais efetiva-se com o estabelecer relação interpessoal onde a comunicação entre enfermeiro e o doente está presente, esta é essencial para o decurso da relação, assim é importante que os EEESMP desenvolvam e adquiram técnicas comunicacionais, quer verbais quer não-verbais, pois estas facilitam o processo de comunicação e a interação.

Neste âmbito Sequeira refere que a comunicação “faz parte integrante da vida de todas as pessoas, (...), é impossível dissociá-la de todos os aspetos da vida. (...) Comunicar é participar, transmitir, falar, estar em comunicação.” (Sequeira, 2016:2).

Nesta linha de pensamento refere ainda que “Comunicação é um processo dinâmico, complexo e permanente, (...) Comunicamos para expressar necessidades, partilhar experiências, cooperar, descobrir a nossa essência e ampliar a nossa consciência. A comunicação educa, estabelece laços e cultura, revela o nosso afeto e amor” (Sequeira, 2016:3)

Neste contexto (Nunes, 2016:45) refere que a comunicação é um elemento” básico da nossa vida interpessoal e social; comunicamos por palavras, gestos, silêncios, expressões, sons. Nas questões da vida, do pensamento, da saúde e da doença dos afetos a comunicação é estruturante das relações que estabelecemos.”

Peplau identificou quatro pressupostos no desenvolvimento da sua teoria interpessoal que fazem parte do metaparadigma da enfermagem: **Enfermagem, Pessoa, Saúde e Ambiente**. (Tomey & Alligood, 2004)

O conceito **Enfermagem** é descrito por Peplau como “um processo interpessoal, significativo terapêutico. Funciona em cooperação com outros processos humano que tornam a saúde possível para os indivíduos nas comunidades. (...) É um instrumento educativo, uma força de maturação, tenciona promover o movimento, o progresso da personalidade (...)”. (Tomey & Alligood, 2004:428)

O conceito de **Pessoa** é definido em termos de homem que “é um organismo que vive num equilíbrio estável”. (Tomey & Alligood, 2004: 428)

Peplau definiu **Saúde** “como uma palavra um símbolo, que implica um movimento, da personalidade, para a frente e outros processos humanos em curso, no sentido de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária.” (Tomey & Alligood, 2004:429)

Por último, Peplau define **Ambiente** como “forças existentes no interior do organismo e no contexto da cultura a partir das quais a moral, os costumes, as crenças, são adquiridas.

No entanto as condições gerais suscetíveis de conduzirem à saúde incluem sempre o processo interpessoal.” (Tomey & Alligood, 2004: 429)

Peplau desenvolveu o modelo de enfermagem psicodinâmica descrevendo os conceitos estruturais do processo interpessoal, ou seja, **as fases da relação enfermeira – doente**.

Para Peplau existem quatro fases na relação enfermeira-doente que são independentes, mas sobrepõem-se no decorrer da relação. São as seguintes: **fase da orientação, fase identificação, fase da exploração e a fase da resolução**.

Fase da orientação – nesta fase acontece a primeira interação entre o enfermeiro e o doente. A pessoa tem a capacidade de perceber que tem um problema que não é capaz de resolver sozinho e necessita de ajuda de um profissional para o auxiliar a resolver. O enfermeiro faz o acolhimento da pessoa valorizando e aceitando a pessoa tal como é, com crenças, valores, inserido numa comunidade, demonstrando respeito, autenticidade e interesse, favorecendo um ambiente de confiança. Há uma observação mútua constante por parte dos intervenientes.

Neste âmbito, o enfermeiro faz avaliação diagnóstica da pessoa de acordo com o contexto e o ambiente. Após o diagnóstico, o enfermeiro desenvolve um plano de intervenção objetivando a satisfação das necessidades diagnosticadas, para tal avalia a capacidade do doente para implementar as intervenções, envolvendo-o no seu plano terapêutico.

Nesta fase é fundamental a qualidade da relação iniciada entre o cuidado e o cuidador, pois, na maioria das vezes faz depender o sucesso da relação. “(...) o individuo tem uma necessidade sentida e procura ajuda profissional. A enfermeira ajuda o doente a reconhecer e a compreender o seu problema e a determinar a sua necessidade de ajuda.” (Tomey & Alligood, 2004:426).

Fase de identificação – após se ter dado o início da relação terapêutica, a pessoa avalia qualidade da relação existente entre esta e o enfermeiro, o nível de interesse e confiança, apoiando-a na identificação de quem realmente o pode auxiliar e ajudar.

Esta fase também é caracterizada pela exploração dos sentimentos e conhecimento mútuo, ocorrendo uma maior revelação de si, aceitando-se como são seres únicos e diferentes.

A enfermeira tem competências para estruturar um plano de intervenção que satisfaça as necessidades do doente envolvendo-o e motivando a alteração e ajuste do comportamento. “A enfermeira permite a exploração de sentimento, para ajudar o doente a passar pela doença como uma experiência que reorienta os sentimentos e fortalece as forças positivas da personalidade e fornece satisfação necessária”. (Tomey & Alligood, 2004:426).

Fase da exploração – nesta fase o doente tenta obter o máximo proveito possível da relação existente, assim como de todos os serviços existentes utilizando os recursos disponíveis. Muitas vezes é necessário uma redefinição e reestruturação dos objetivos delineados para colmatar as necessidades sentidas pelo doente. (Tomey & Alligood, 2004)

Fase da resolução – é a última fase da relação e que desde o início esta deverá ser preconizada entre o enfermeiro e o doente. Nesta fase o doente está autónomo e traça objetivos a seguir em que poderá incluir ou não a enfermeira. (Tomey & Alligood, 2004)

Peplau refere que os enfermeiros podem assumir diferentes papeis, nas diferentes fases da relação, sendo eles: o **papel de estranha, papel de pessoa com recurso, papel de professora, papel de líder, papel de substituta e papel de conselheira**. (Tomey & Alligood, 2004)

Papel de estranha – Este papel coincide com a fase de identificação. A enfermeira e o doente quando iniciam a relação são estranhos e desconhecidos iniciando-se uma relação formal. Este primeiro contacto é de extrema importância para estabelecer uma relação terapêutica com sucesso. Assim a enfermeira deve demonstrar aceitação total do doente sem julgamentos, respeito, interesse, autenticidade, tratando o doente como sendo emocionalmente estável e capaz. (Tomey & Alligood, 2004)

Papel de pessoa com recurso – A enfermeira desempenha o papel de sustentação e recurso à tomada de decisões por parte do doente, prestando todos os esclarecimentos e dando todas as explicações necessário ao doente sobre a sua saúde, plano terapêutico de forma clara e concisa. Ajuda-o no processo de aprendizagem de forma construtiva. (Tomey & Alligood, 2004)

Papel de professora – Este papel é a combinação de todos os papéis desempenhados pela enfermeira. Pode ser desempenhado sob dois formatos: educativo consiste em fornecer a informação ao doente de acordo com as suas necessidades e empírica consiste em usar a experiência do doente para desenvolver aprendizagens e obter melhores resultados. (Tomey & Alligood, 2004)

Papel de líder – A enfermeira estabelece a relação cooperação e participação do doente para cumprir as suas tarefas. (Tomey & Alligood, 2004)

Papel de substituta - O doente põe a enfermeira no lugar de outra pessoa, normalmente de outras relações anteriores, assim, ele projeta os sentimentos e emoções vivenciadas nessas relações. A enfermeira ajuda o doente a verificar as diferenças entre o papel desempenhado pela enfermeira e o papel da outra pessoa. Nesta etapa a enfermeira e o doente definem áreas de dependência, independência e interdependência. (Tomey & Alligood, 2004)

Papel de conselheira – Este papel é, para Peplau, relevante na enfermagem psiquiátrica na medida em que a enfermeira responde aos pedidos do doente e desenvolve técnicas interpessoais, ajudando o doente a compreender a sua situação e incorporar a experiência na sua vida. (Tomey & Alligood, 2004)

Peplau descreve quatro experiências psico-biológicas que são: **necessidades, frustração, conflito e ansiedade.**

Estas experiências “fornecem energia que é transformada em alguma forma de ação e obrigam a respostas destrutivas ou construtivas de enfermeiros e clientes. (...) Este entendimento fornece a base para a formação de objetivos e intervenções de enfermagem.” (Tomey & Alligood, 2004: 428).

De acordo com (Gorge, 2000:51), “Existem similaridades entre o processo de enfermagem e as fases interpessoais de Peplau. Tanto as fases de Peplau quanto o processo de enfermagem são sequências e enfocam as interações terapêuticas.”

Segundo o mesmo autor “Ambas salientam que a enfermeira e o paciente devem usar técnicas para a solução de problemas em colaboração, com o objetivo final de preencher as necessidades do paciente.” Menciona ainda que “Ambos usam a observação, a comunicação e o registo como instrumentos básicos para a prática de enfermagem” (Gorge, 2000:51)

3. METODOLOGIA DE PROJETO

Como referido anteriormente o estágio final decorreu numa Unidade de Oncologia Médica - Hospital de Dia – numa Unidade Local de Saúde do Alentejo.

Um dos objetivos pretendidos neste campo de estágio era o desenvolvimento de um Projeto para o serviço, tendo em conta as necessidades identificadas do serviço de acordo com contexto e as características dos doentes que ali recebem cuidados de saúde e de enfermagem em regime de hospital de dia.

Assim, pensamos que a Metodologia de Projeto é o método que melhor se adequa para dar resposta a este objetivo, visto que, é uma metodologia centrada na pessoa com objetivo de dar resposta e resolver as necessidades identificadas na fase diagnóstico, que conduzem ao desenvolvimento e aquisição capacidades e de competências pessoais através da elaboração de projetos baseados num contexto real. (Ruivo, Ferrito, Nunes & *et al*, 2010)

A Metodologia de Projeto é uma metodologia sustentada na investigação, ou seja, é fundamentada no conhecimento teórico, a sua implementação e execução é efetuado posteriormente na prática, constituindo-se como um elo de ligação entre a teoria e a prática (Ruivo *et al*, 2010).

A Metodologia de Projeto abrange um conjunto de técnicas e procedimentos, que pressupõe o envolvimento de todos os intervenientes durante a realização de todo o projeto, tendo em conta as suas etapas. Assim este consagra as 5 etapas que são as seguintes: Diagnóstico da situação; Definição de objetivos; Planeamento; Execução e Avaliação; Divulgação dos resultados. (Ruivo *et al*, 2010).

Um problema pode ser considerado um desvio entre a situação atual e aquela que deveria ser, que necessita de uma resolução, de um melhoramento ou modificação. (Fortin, 2009)

3.1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação é o definido como a primeira etapa da metodologia de projeto, é dinâmica, num processo contínuo, que deverá ser realizado, num curto espaço de tempo, tendo por objetivo a possibilidade de implementar as estratégias adequadas e pertinentes em tempo útil. (Ruivo *et al*, 2010).

Segundo os mesmos autores, “O diagnóstico da situação deve corresponder às necessidades de saúde das populações.” (Ruivo *et al*, 2010:10).

Neste contexto, procedeu-se ao diagnóstico das necessidades do serviço tendo em conta o contexto e as características dos doentes que são acompanhados e usufruem de cuidados de saúde e de enfermagem em regime de hospital de dia.

Neste âmbito realizou-se numa primeira fase uma reunião com a enfermeira orientadora do campo de estágio, em que se verificaram as necessidades do serviço na área da promoção da saúde mental dos doentes oncológicos, que recebiam cuidados de enfermagem, no serviço em regime de hospital de dia.

Na síntese avaliativa dos assuntos propostos para a reunião, apurou-se que para estes doentes o serviço não tinha definido uma linha/ seguimento ou uma forma de apoio, ou programa estruturado que desse resposta às necessidades dos doentes em termos de saúde mental. Verificando-se que a população de doentes que recebiam cuidados de enfermagem era heterogénea, com diferentes patologias em diferentes fases de tratamento, decidimos afunilar o grupo de doentes onde a nossa intervenção iria ser efetuada.

Neste âmbito, e de acordo com a enfermeira orientadora de estágio, decidimos focar a nossa intervenção nas mulheres com cancro da mama, visto que neste período em que decorria o estágio, da percentagem de doentes que frequentavam o serviço, destacava-se um grupo de mulheres, portadoras de cancro da mama, em maior percentagem, o que é suportado pelos vários estudos científicos e publicações, sobre as mulheres terem uma elevada taxa de diagnóstico de cancro da mama, como foi referido ao longo do segundo capítulo.

Após a seleção do grupo para a realizar a intervenção, sentimos a necessidade de obter mais informações, sobre influência da doença na mulher na sua dimensão psíquica, emocional e bem-estar.

Como forma de realizar essa colheita de dados e tendo em conta os vários métodos de investigação que podemos empregar, desde as medidas fisiológicas, as medidas de observação, as entrevistas, os questionários, a técnica de Delphi, as vinhetas e as técnicas projetivas. (Fortin, 2009:369).

Assim optamos pelo método de observação e entrevista semi - estruturada no momento do acolhimento da doente no serviço, ou seja, utilizamos a avaliação inicial para recolher esses dados de forma informal. “Nos estudos exploratórios, utilizam-se sobretudo as observações dos participantes, as entrevistas não dirigidas e os registos” (Fortin, 2009:369)

A observação é considerada por alguns autores uma atividade inerente ao ser humano, um meio privilegiado para avaliar comportamentos humanos, acontecimentos, interações, relações, sendo uma das técnicas mais antigas e universais utilizada na investigação para recolha de dados. (Lopes, 2006)

Segundo o mesmo autor, citando Olabuénega, 1999, refere que este método para ser utilizado de forma válida na recolha de dados, deve ser estruturado da seguinte forma: “**orientado**, tendo um objetivo e um foco em concreto; **planificado** devendo cumprir um plano elaborado anteriormente; **controlado** deve estar relacionado com proposições e teorias sociais; **rigoroso** devendo ser submetido a controlos de veracidade de objetividade e fiabilidade”. (Lopes, 2006:123).

O nosso método de observação não foi explicado para evitar que os comportamentos, as reações e as relações não fossem influenciados e não fossem as mais reais possíveis. De acordo com (Lopes, 2006: 123), pretende-se “ter acesso à realidade tal como ela ocorre, interferindo com ela o menos possível.”

Assim, o nosso foco de observação incidiu sobre os comportamentos, sobre a reação verbal e não-verbal, sobre as emoções e sentimentos que a mulher com cancro da mama expressava e transmitia quando abordada quer pelos enfermeiros quando na prestação de cuidados

de enfermagem, quer na interação com as assistentes operacionais, quer na interação e na relação com as suas pares na sala de tratamentos.

É de referir que este método foi muito importante ao longo de todo o estágio, sendo sempre efetuado de forma informal, autêntico, que correspondia a realidade do contexto e do ambiente e não incorporava as nossas crenças e convicções.

Como referido anteriormente outro método utilizado foi a entrevista semiestruturada, baseada num guião de entrevistas, composto por perguntas abertas e fechadas aplicado no momento da admissão e acolhimento das doentes no serviço, permitindo perceção e avaliação das carências das doentes, nomeadamente a nível emocional, bem-estar psíquico e qualidade de vida.

A partir da recolha informal dos dados com base nos métodos referidos fizemos uma reunião com a enfermeira orientadora, em que concluímos que os resultados obtidos sobre influência do cancro da mama na mulher na sua dimensão psíquica, emocional, bem-estar e qualidade de vida eram coincidentes com a descrição efetuada na literatura, nomeadamente a presença de sentimentos e emoções como desespero, tristeza, angustia, dor, culpa, vergonha, choro, pânico, revolta, não-aceitação, medo, incerteza, desesperança, ansiedade.

Perante estas conclusões era pertinente desenvolver intervenções de enfermagem especializadas de saúde mental estruturadas e baseadas na evidência científica disponível, promovendo assim, a prática baseada na evidência científica.

Porém, com o objetivo de não dispersarmos na nossa intervenção e tendo em conta os vários diagnósticos de enfermagem possíveis na mulher com cancro da mama, elegemos o foco de diagnóstico de enfermagem a ansiedade presente em grau moderado a elevado na mulher com cancro da mama e a intervenção psicoeducativa como base para planear a proposta do projeto de intervenção que será disponibilizado para o serviço.

O diagnóstico de enfermagem possibilita o planeamento e implementação de intervenções de enfermagem estruturadas e orientadas para as necessidades dos doentes “O principal benefício é para o cliente que recebe cuidados de enfermagem eficazes e consistentes, baseados no conhecimento dos problemas que está a experienciar e das intervenções de enfermagem mais eficazes para os resolver.” (Towsend, 2011: 155)

É de referir que todas as informações obtidas e consideradas relevantes para o desenvolvimento do projeto, respeitaram sempre os princípios éticos e o anonimato. Realizar investigação em saúde e em enfermagem segundo (Nunes, 2013: 9), “implica, muitas vezes, estudar uma população constituída por indivíduos fragilizados física ou psicologicamente, de uma forma temporária ou permanente: por isso, devem ser alvo de cuidados redobrados atendendo ao dever de proteção daqueles que estão mais fragilizados e vulneráveis.”

3.2 – DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Após avaliação e diagnóstico das necessidades e tendo em conta os objetivos preconizados para estágio, entre os quais o desenvolvimento de um projeto de estágio que contribuísse para o desenvolvimento, aquisição e consolidação de competências pela nossa parte, associando ainda a prática baseada na evidência científica (PBE) disponível.

Segundo (Santos, Pimenta & Nobre, 2007) “A PBE prevê metodologias e processos para a identificação de evidências de que um certo tratamento, ou meio diagnóstico, é efetivo, com estratégias para avaliação da qualidade dos estudos e mecanismos para a implementação na assistência.”

“A adoção da PBE tem potencial para melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados nos utentes. (...) implementação e sustentabilidade da PBE torna-se cada vez mais importante para a saúde, as organizações de saúde e para os profissionais” (Apóstolo, 2017:6)

De acordo com estes pressupostos associados e tendo em conta a intervenção definida realizamos uma Revisão Integrativa da Literatura, com formulação da seguinte pergunta de investigação: **“Qual Influência da Psicoeducação no Controlo da Ansiedade na Mulher com Cancro da Mama?”**

Definimos como o objetivo geral:

- Compreender o âmbito da intervenção especializada de enfermagem na área da psicoeducação, no controlo da ansiedade na mulher com cancro da mama.

Objetivos específicos:

- Identificar as necessidades da mulher com cancro da mama no controle da ansiedade.
- Elaborar uma proposta de intervenção especializada de enfermagem na área da psicoeducação, no controlo da ansiedade na mulher com cancro da mama.

3.3 – PLANEAMENTO

Após as fases de diagnóstico e definição de objetivos, a fase de planeamento incidiu sobre a concretização da **Revisão Integrativa da Literatura (RIL)**, com a finalidade de obter respostas para os objetivos definidos no ponto anterior.

A RIL é uma metodologia que permite a sistematização do conhecimento científico produzido, agregando os saberes de diversas áreas além da área da saúde, permite a aplicação dos resultados na prática diária, cooperando para modificação e alteração de comportamentos, contribuindo melhor qualidade dos cuidados que são prestados obtendo assim mais benefícios e melhores resultados e ganhos em saúde para os doentes. (Educação, 2014).

Esta é composta por 6 etapas que sucintamente serão expostas:

- ✓ 1ª Etapa - Identificação do tema;
- ✓ 2ª Etapa - Estabelecimento dos critérios de inclusão exclusão;
- ✓ 3ª Etapa - Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados;
- ✓ 4ª Etapa - Categorização dos estudos selecionados;
- ✓ 5ª Etapa - Análise e interpretação dos resultados;
- ✓ 6ª Etapa – Apresentação da revisão/ síntese do conhecimento. (Educação, 2014)

É de referir que foram cumpridas todas as etapas ao longo do todo o processo da realização da RIL.

Assim como ponto de partida para esta revisão integrativa da literatura formulou-se a pergunta de investigação de acordo com o método PICO (Institute The Joanna Briggs, 2011):

“Qual a influência da psicoeducação, no controlo da ansiedade, num grupo de mulheres com cancro da mama?”

Descodificando o acrónimo temos: **(P)**opulação = Grupo de mulheres com cancro da mama; **(I)**ntervenção = psicoeducação, **(C)**ontexto = ansiedade; **O**(utcome)=?

Como critérios de inclusão definiu-se:

- 1) Artigos publicados no período de 2014 a 2019;
- 2) Mulheres com cancro da mama;
- 3) Idade superior a 18 anos,
- 4) Acesso a texto integral.

Como critérios de exclusão dos artigos definiu-se:

- 1) Artigo de opinião;
- 2) Não responder à questão de partida,
- 3) Estudos de cancro da mama com mulheres com idade inferior a 18 anos;
- 4) Estudos cujo diagnóstico não fosse cancro da mama.

Após a seleção das palavras-chaves e a sua aferição nos Descritores da Ciência da Saúde (DsCS) e Medical Subject Headings (MeSH), efetuou-se a pesquisa em língua portuguesa e inglesa cumprindo as etapas da pesquisa.

Assim, a pesquisa em Português foi realizada com as seguintes palavras-chave: mulher, neoplasia da mama, ansiedade, educação e enfermagem.

Na língua Inglesa foram utilizadas as seguintes palavras-chave: women, breast neoplasm, anxiety, education and nursing.

A pesquisa foi efetuada nas bases de dados B-on (nas duas línguas), Cochrane e PubMed. Obtiveram-se os seguintes resultados na pesquisa bibliográfica realizada com as palavras chaves em português:

- Base de dados B-on, pesquisa efetuada em Português selecionando-se 1 artigo para integrar esta revisão integrativa (Resultados totais 264 artigos, introduzindo o limitador eliminação dos textos duplicados, obteve-se 169 artigos, adicionando o limitador texto integral obteve-se

40 artigos, colocando o limitador analisado por pares obteve-se 38 artigos, adicionando o limitador ano de publicação 2014-2019 obteve-se 31 artigos para leitura integral. Após a leitura do título, resumo, conclusão e verificando os critérios de inclusão, obtiveram-se 8 artigos, os que se encontravam em consonância com os objetivos da pesquisa, que após análise exaustiva foram eliminados 7 por não responder à questão de partida de forma clara e evidente).

Figura 1 – Resumo das Etapas da Pesquisa Bibliográfica Realizada com as Palavras Chaves em Português



Fonte: Sistematização Própria

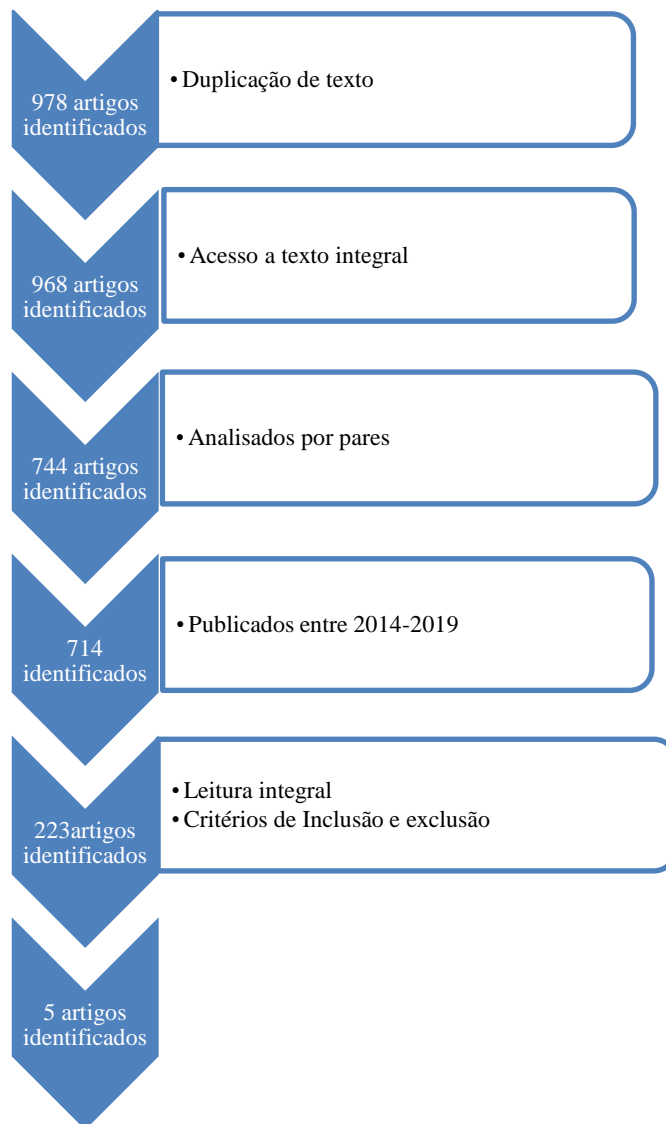
Pesquisa bibliografia realizada com as palavras chaves em inglês:

- Base de dados Cochrane pesquisa em Inglês, após a leitura integral dos resumos, discussão de resultados e conclusão foram eliminados todos os artigos, pois não cumpriam os critérios de inclusão (Resultados totais 5 artigos, introduzindo o limitador eliminação dos textos duplicados obteve-se 5 artigos, adicionando o limitador texto integral obteve-se 5 artigos, colocando o limitador analisado por pares obteve-se 4 artigos, adicionando o limitador ano de publicação 2014-2019, obteve-se 3 artigos para leitura integral.)

- Base de dados PubMed pesquisa foi efetuada em inglês, após a leitura do título, resumo, conclusão e verificação dos critérios de inclusão selecionou-se 2 artigos para integrar esta revisão integrativa (Resultados totais 108 artigos, introduzindo o limitador eliminação dos textos duplicados obteve-se 108 artigos, adicionando o limitador texto integral obteve-se 27 artigos, colocando o limitador analisado por pares obteve-se 25 artigos, adicionando o limitador ano de publicação 2014-2019 obteve-se 9 artigos para leitura integral).

- Base de dados B-on, pesquisa efetuada em inglês, após a leitura do título, resumo, conclusão e verificando os critérios de inclusão selecionou-se 3 artigos para integrar a revisão (Resultados totais 865 artigos, introduzindo o limitador eliminação dos textos duplicados obteve-se 855 artigos, adicionando o limitador texto integral obteve-se 714 artigos, colocando o limitador analisado por pares obteve-se 714 artigos, adicionando o limitador ano de publicação 2014-2019 obteve-se 211 artigos para leitura integral).

Figura 2 – Resumo das Etapas da Pesquisa Bibliográfica Realizada com as Palavras Chaves em Inglês.



Fonte: Sistematização Própria

Das pesquisas bibliográficas descritas anteriormente consideraram-se 6 artigos que cumpriram os critérios de inclusão delineados para o presente estudo e os critérios de avaliação do Institute The Joanna Briggs (JBI). Assim do resultado total da pesquisa obtiveram-se 6 artigos para análise aprofundada.

No que respeita à avaliação de qualidade metodológica, os referidos artigos foram avaliados segundo os critérios dos níveis de evidência da JBI, mais de 50% de respostas positivas nas grelhas de avaliação com grau de recomendação strong.

Os resultados obtidos evidenciaram que a mulher com cancro da mama experiencia um conjunto de sentimentos e emoções, ao longo de todo o processo de doença, que a afeta em todas as suas dimensões como ser biopsicossocial e espiritual, contribuindo para alterações emocionais e psicológicas que comprometem o seu bem-estar físico e emocional, influenciando o seu funcionamento físico, familiar, afetivo e social.

Todos estes desajustes psicológicos, associados à vulnerabilidade da mulher em todas as suas dimensões, são promotoras de níveis de ansiedade moderados a grave, que oscilam ao longo de todo o processo de doença e posteriormente na transição da doença-saúde. A ansiedade é uma resposta a um comportamento desajustado que a pessoa apresenta perante uma determinada situação.

Evidenciou-se ainda que, os enfermeiros apoiados na orientação, na compreensão, no aconselhamento, na educação, na gestão de emoções e sentimentos devem implementar intervenções que desenvolvam a capacitação e empoderamento da mulher, ou seja, devem implementar intervenções psicoeducativas que lhe permitam adaptar-se e gerir melhor o seu processo de saúde-doença. Ajudando-a a enfrentar a doença com mais atitude e de forma mais resiliente, contribuindo assim para a redução dos níveis de ansiedade, melhorar a qualidade de vida, bem estar e obtendo ganhos em saúde, nomeadamente a nível da saúde mental.

Neste âmbito Peplau afirma que “a compreensão do significado da experiência para o doente é necessária para que a enfermagem funcione como força educadora, terapêutica e de amadurecimento.” (Peplau, 2004:133).

Os enfermeiros, nomeadamente os EESMP são possuidores de competências que lhe permitem através da compreensão, aconselhamento, educação, gestão de sentimentos e emoções e sustentados numa relação de ajuda e na interação enfermeiro-doente, desenvolver e aplicar de forma individual ou inseridos numa equipa multidisciplinar, intervenções psicoeducacionais à mulher com cancro da mama, de forma individualizada ou em grupo, contribuindo para melhorar o seu bem-estar físico, psíquico, social, e qualidade de vida, obtendo ganhos em saúde particularmente na sua saúde mental.

3.4 – EXECUÇÃO

Após análise dos resultados obtidos, percebeu-se que a intervenção do EESMP deve ser estruturada e centrada na pessoa, tendo por objetivo a resolução das necessidades e problemas identificados na pessoa. Assim a intervenção psicoeducativa é uma intervenção abrangente, benéfica para a mulher com cancro da mama, sendo promotora de alterações e modificação de comportamento, aceitação e adaptação à sua nova condição de saúde promovendo o reajuste em todas as suas dimensões e reorganização em todos os seus papéis e funções, contribuindo assim, para a diminuição dos níveis de ansiedade, para obtenção de ganhos em saúde e melhor qualidade de vida.

Neste âmbito e tendo em conta o Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Ordem dos Enfermeiros 2018, que preconiza como intervenções especializadas do EESMP para o diagnóstico da Ansiedade moderado ou grave a Execução das seguintes intervenções:

- ✓ Ensinar Sobre Estratégias de Redução da Ansiedade
- ✓ Executar Apoio Emocional
- ✓ Executar Intervenção Psicoeducativa
- ✓ Executar Relação de Ajuda
- ✓ Executar Relaxamento
- ✓ Treinar Técnicas de Autocontrolo
- ✓ Treinar Técnicas de Relaxamento
- ✓ Vigiar Ansiedade (dados do indicador) (O.E., 2018)

Assim, elegemos para elaboração da proposta do Projeto de Intervenção para disponibilizar ao serviço: **Psicoeducação no Controlo da Ansiedade na Mulher com Cancro da Mama.**

A elaboração do referido projeto pretende dar resposta a um dos objetivos formulados: Elaborar uma proposta de intervenção especializada de enfermagem na área da psicoeducação, no controlo da ansiedade na mulher com cancro da mama.

Assim com base do diagnóstico de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e que constitui um diagnóstico de enfermagem presente na mulher com cancro da mama que é ansiedade presente em grau moderado ou elevado, que carece intervenção do EEESMP com o objetivo da sua resolução, contribuindo para o bem-estar físico, emocional e psíquico, melhorando e obtendo ganhos na sua saúde mental.

Neste contexto estruturamos uma proposta do Projeto de Intervenção intitulado “**Psicoeducação no Controlo da Ansiedade na Mulher com Cancro da Mama**”, planeado em 6 sessões em que definimos os critérios e toda a metodologia para a sua aplicação e de avaliação. (Apêndice I).

3.5 – AVALIAÇÃO

A avaliação é fundamental devendo ser continua e global. Esta deve incluir a pertinência, a relevância das temáticas estudadas e desenvolvidas, a consecução dos objetivos propostos. Deve permitir ainda a revisão de todas as fases de estruturação do projeto, e pós projeto, avaliando os resultados, os seus pontos negativos e positivos, a utilidade na resolução dos problemas e nas necessidades identificadas e possíveis alterações.

Cândida Ferrito no editorial da revista Percursos nº15 janeiro - março 2010 afirma que a Metodologia de Projeto “baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções para sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática baseada em evidência.”

Tendo em conta que este projeto foi desenvolvido com base nos resultados obtidos na Revisão Integrativa da Literatura, complementada por uma pertinente e vasta pesquisa bibliográfica sobre a temática apresentada. Entendemos que os resultados obtidos sustentados nesta metodologia, permitiram dar resposta à problemática identificada e aos objetivos propostos, possibilitando ainda a implementação do projeto no serviço à posteriori, contribuindo, para a prática baseada na evidência, melhorando a qualidade dos cuidados de enfermagem que são prestados tendo em conta a sua individualização e centrados na pessoa.

Neste âmbito (Ruivo *et al*, 2010:30, citando Ramos) conclui que a “metodologia de trabalho de projeto consiste, na adoção de um conjunto de procedimentos, técnicas e instrumentos com vistas a atingir os objetivos do projeto.”

3.6- DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A divulgação dos resultados é uma fase importante na estruturação e desenvolvimento do projeto, tornando-se parte integrante deste, na medida em que “se dá a conhecer à população em geral e outras entidades a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução, de um determinado problema.” (Ruivo *et al*, 2010:31).

Neste âmbito a divulgação dos resultados foi feita através da elaboração do artigo científico intitulado “Influência da Psicoeducação no Controle da Ansiedade na Mulher com Cancro da Mama: Revisão Integrativa da Literatura” do qual em apêndice, apresentamos o resumo (Apêndice II) e também através da redação do presente relatório final.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Aquisição de competências é um processo começado e inacabado, é um contínuo de evolução, de desenvolvimento e aquisição de conhecimento teórico-prático, quando agregado e assimilado por nós, contribui para fortificar, melhorar e aperfeiçoar os «saberes» e «saber-fazer», ao fornecer um conjunto de aprendizagens e conhecimentos, atitudes e habilidades necessários à resolução de necessidades identificadas, centradas na pessoa, família, grupo ou comunidade.

Para (Le Boterf 2003: 46), a competência “supõe a apreensão de um continuum que dá um sentido à sucessão dos atos. (...) é uma ação ou um conjunto de ações finalizado sobre uma utilidade, sobre uma finalidade e que tem um sentido para o profissional. De acordo com o mesmo autor a agregação e mobilização competência “se personificará, então, em práticas profissionais que terão um impacto sobre os desempenhos realizados”. (Le Boterf 2003: 47)

A formação contínua é basilar e essencial para o desenvolvimento, aprendizagem e melhoria do «saber» e «saber-fazer», ao fomentar a obtenção, desenvolvimento e mobilização de novos conhecimentos e domínio de algumas técnicas que contribuem para um contínuo na evolução profissional e pessoal favorecendo a prestação de cuidados de enfermagem com mais segurança e qualidade.

A aquisição de conhecimentos a partir das diversas fontes de aprendizagens associado à própria personalidade de cada um, constrói-se os diferentes «saberes» que são mobilizados no cuidar, no atender e acolher o outro, no saber o que dizer, quando dizer e como dizer ou quando não dizer, ficar em silêncio que também é uma forma de estar em relação com o outro.

Segundo (Hesbeen, 2001: 67) a formação tem uma função essencial “que reside na maior abertura do profissional com base na sua experiência, com vista a enriquecê-la, a conceptualizá-la e a ajudá-lo a encontrar espaços de liberdade que lhe permitam uma prática reflexiva mais aperfeiçoada portadora de sentido.”

Nesta linha de exposição, os campos de estágios arrogam-se como locais privilegiados facilitadores dessa aprendizagem, ao possibilitar a aplicação da componente teórica na prática direta de cuidados de enfermagem favorecendo a sua compreensão.

Assim, independentemente da sua especificidade e da área de atuação em enfermagem, a formação e o investimento em processos formativos, objetivando atualização contínua por parte do profissional, seja acedido a título individual ou organizacional, é fundamental ao desenvolvimento de uma prática de cuidados sustentados na evidência científica, contribuindo assim para a afirmação e desenvolvimento de uma profissão.

Segundo (Figueiredo, 2004: 21) “(...) Sempre foi através da formação que a profissão de Enfermagem emergiu no tecido social”. Segundo a mesma autora a enfermagem “uma disciplina profissional, cujo objeto são os conhecimentos que definem e orientam a prática” (Figueiredo, 2004: 22).

Importa abordar os quatro conceitos que integram o metaparadigma da Enfermagem e são eles:

- ✓ **Saúde;**
- ✓ **Pessoa,**
- ✓ **Ambiente,**
- ✓ **Cuidados de Enfermagem.**

Segundo Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos da Ordem dos Enfermeiros 2001, **Saúde**, “o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual “ refere ainda que “a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural” (O.E., 2001:8)

No mesmo documento refere que a **Pessoa** “é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (O.E., 2001:9).

Os comportamentos “são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve”. (O.E., 2001:9)

O **Ambiente** é “constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde. (...) os enfermeiros necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa / ambiente” (O.E., 2001: 9/10).

Cuidados de Enfermagem são centrados “na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades) ”, sendo que ambos possuem “quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual”, sendo que o “enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem.” (O.E., 2001:10)

Neste âmbito a frequência do presente Curso de Mestrado deu-nos a possibilidade de realizar formação na componente teórica e posteriormente teórico-prática nos campos de estágio contribuindo para a aquisição de conhecimentos, para aquisição e desenvolvimento de habilidades e competências na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, permitindo-nos crescimento e desenvolvimento pessoal, humano e profissional, promovendo a prestação cuidados de enfermagem sustentados e diferenciados à pessoa, família, grupo ou comunidade.

4.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo a Ordem dos Enfermeiros no Regulamento n.º 140/2019 publicado em diário da república refere que enfermeiro especialista é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem.” (D.R. 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019: 4744).

O referido regulamento no artigo 3 define competências comuns como as competências, partilhadas por todos os “enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”

Assim, as competências comuns “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (D.R. 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019: 4744).

Como referido anteriormente a aquisição de competências insere-se num *continuum* de aprendizagem que fomentam a mobilização dos diferentes saberes em prol da prática, da qualidade e gestão dos cuidados de enfermagem prestados, impulsionando mais e maiores ganhos em saúde para a pessoa, família grupo e comunidade.

A O.E. definiu quatro os domínios de competências comuns de enfermeiro especialista que são:

- ✓ **Responsabilidade profissional, ética e legal;**
- ✓ **Melhoria contínua da qualidade;**
- ✓ **Gestão dos cuidados;**
- ✓ **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais;**

Para a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, contamos com vários contributos ao longo do nosso percurso. Contributos esses, que se iniciaram com a frequência em sala de aula das Unidades Curriculares que faziam parte estrutural do presente curso, continuando nos campos de estágios e no nosso serviço onde desempenhamos a nossa função diariamente.

Em relação ao **primeiro domínio responsabilidade profissional, ética e legal**, a mestrande pautou sempre o seu desempenho, demonstrando respeito pelos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão e sustentando nestes o processo da tomada de decisão na prestação de cuidados de enfermagem aos que estavam ao seu cuidado, assim como, aos seus

familiares, assumindo a sua responsabilidade. “(...) o enfermeiro distingue-se pela sua formação e pela abordagem holística, num contexto multiprofissional de atuação, bem como pela orientação ética e deontológica do seu agir.” (Nunes, 2018:13).

De acordo com a mesma autora “A enfermagem assenta num julgamento clínico, no conhecimento (que suportam a determinação de necessidades, diagnóstico, prescrição e avaliação) e na responsabilidade profissional” (Nunes, 2018:13)

Neste âmbito, (Watson, 2002: 55), refere que “O cuidar não é, por conseguinte, apenas uma emoção, atitude ou um simples desejo.”

Nesta linha de pensamento, a mesma autora afirma que, “O cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objetivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, ações carinhosas e suas consequências.” (Watson, 2002: 55)

Ao longo de todos estes anos de exercício profissional como enfermeira e não querendo sermos pretensiosos, almejamos sempre alcançar a excelência ou máxima qualidade nos cuidados de enfermagem prestados a todos os doentes e famílias pela qual fomos responsáveis.

Deste modo, as nossas intervenções são executadas “com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”. (O.E., 2015:38)

Assim, tomamos decisões no âmbito do diagnóstico, do planeamento, da execução e avaliação dos cuidados de enfermagem prestados às doentes que estavam ao nosso cuidado mobilizando conhecimentos, aplicando as normas jurídicas, os princípios e valores éticos e deontológicos que regem a profissão, objetivando a resolução dos problemas identificados. Envolve-mos as doentes no desenvolvimento e implementação das intervenções que contribuíam para a resolução das necessidades identificadas, respeitando as suas crenças, os seus direitos, a sua dignidade, a sua autonomia, a sua privacidade, incentivando-as a serem o seu próprio recurso terapêutico. Além de envolvermos as doentes na concepção das intervenções, estas também eram discutidas e validadas quer com a enfermeira orientadora quer com restante equipa de enfermagem. A avaliação dos resultados obtidos e a partilha destes, com a enfermeira orientadora, constituíram-se como momentos de reflexão de grande importância que contribuíam para o desenvolvimento profissional e para aquisição de competências.

Em relação aquisição das restantes competências foi necessário aliar e mobilizar para ação nos campos de estágio, as habilidades, as atitudes e os diferentes saberes, obtidos a partir das mais diversas fontes. Entre outras destacamos as aulas teóricas em sala de aula como referido anteriormente, a frequência de congressos tais como: 8º Congresso da A.P.A., “Interioridade(s)”, realizado a 6, 7 e 8 de junho de 2019, e o X Congresso Internacional d’A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental subordinado ao tema “Desafios em Saúde Mental”, realizado a 30 e 31 de Outubro de 2019, cujos os certificados se encontram em anexo (Anexo I e II respetivamente), frequência de cursos tais como: curso “Ansiedade, Stresse e Regulação Emocional em Doentes Oncológicos” inserido no X Congresso Internacional d’A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, subordinado ao tema “Desafios em Saúde Mental”, realizado de 29 a 31 de Outubro de 2019 (Anexo III); o curso de Formação Profissional de Prevenção do Suicídio, em 10 de setembro de 2019, com a duração de 4:00 horas (Anexo IV); curso de Formação Profissional de Prevenção de Burnout, em 10 de dezembro de 2019, com a duração de 4:00 horas (Aguarda certificado de frequência), complementando-se com realização de leituras de livros na área de especialização, capítulos de livros, artigos e outros que permitiram de forma abrangente a compreensão de diversas estratégias e intervenções que são incorporadas na prestação de cuidados de enfermagem na área saúde mental.

A incorporação e agregação de todos estes contributos, permitiram prestar cuidados de enfermagem estruturados, diferenciados e sustentados, validados pelas enfermeiras orientadoras, a doentes com doença mental nas diferentes fases da sua doença e aos seus familiares, utilizando a metodologia do processo de enfermagem, otimizando e gerido os diferentes recursos existentes.

Neste âmbito, fomentamos a interação, a relação interpessoal e a relação de ajuda que contribuíram para: melhorar a qualidade dos cuidados prestados, visto que estes serem centrados na pessoa, tendo em conta o diagnóstico das suas necessidades, cuja a implementação das intervenções visa a resolução dos problemas identificados, sendo avaliados os resultados obtidos permitindo uma maior otimização e reestruturação das estratégias implementadas.

Criamos e proporcionamos às doentes ambientes terapêuticos, seguros e empáticos, associadas à implementação de estratégias tais como: comunicação assertiva recorrendo à mobilização de técnicas de comunicacionais, promoção da modificação de atitudes e comportamentos

promotores de saúde, fomentar o envolvimento da família como elo de sustentação e parte integrante do cuidado, incentivar a interação familiar e a socialização tendo em conta a autonomia e a decisão da doente, incentivar a delegação de competências, de papéis e funções noutros membros da família ou noutros similares por exemplo colegas de serviço, garantir a segurança e a rigorosidade na preparação e administração terapêutica através do mobilização de conhecimentos que permitiram monitorizar reações, efeitos secundários e possíveis incompatibilidades, efetuar registos de enfermagem pertinentes nos processos de enfermagem, garantir a confidencialidade de todos os dados recolhidos, promover a esperança.

Neste campo de estágio, e tendo em conta as competências comuns dos EE, delegamos tarefas, garantido a supervisão na execução, na segurança e qualidade; adequamos a nossa prática, pretendendo a otimização e a gestão dos recursos humanos e materiais disponíveis no serviço tendo em conta o contexto e as necessidades evitando o desperdício. Fomos ainda facilitadores de aprendizagens no seio da equipa ao sermos proativos na procura e leitura da evidência científica disponível e atual, relacionada com o contexto das nossas intervenções visando uma melhoria contínua na qualidade dos cuidados prestados, favorecendo maior segurança e destreza, é exemplo a RIL que realizamos sobre a intervenção psicoeducativa no controlo da ansiedade na mulher com cancro da mama, sustentando assim a prática baseada na evidência.

Segundo (Nunes, 2018:18), os cuidados de enfermagem surgem como “ato humano de cuidado intencional, profissional, em que o desempenho das atividades tem maior amplitude que a simples execução de tarefas ou o volume dos atos.” Refere ainda que, a intervenção de Enfermagem “não está centrada nem circunscrita à situação de uma necessidade humana específica. (...) a finalidade é o bem-estar dos outros seres humanos de acordo com os projetos de saúde e vida que eles mesmos demandam.” (Nunes, 2018:18)

Assim, admitimos ter desenvolvido e adquirido conhecimentos que permitiram adquirir as Competências Comuns de Enfermeiro Especialista.

4.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Segundo no Regulamento n.º 515/2018 da O.E., publicado em diário da república “a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (D.R. 2.ª série — N.º 151 — 7 de agosto de 2018: 21427).

Assim, o EEESMP desenvolve a compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital. (D.R. 2.ª série — N.º 151 — 7 de agosto de 2018)

Neste âmbito, o mesmo regulamento menciona que, o EEESMP “compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais” (D.R. 2.ª série — N.º 151 — 7 de agosto de 2018: 21427).

Neste contexto o EEESMP, para prestar cuidados de enfermagem diferenciados, estruturados, individualizados e centrados na pessoa, família, grupo, comunidade com doença mental, tendo por objetivo de ajudar alteração dos comportamentos, na adequação das respostas e no reajuste necessários que contribua para a resolução das necessidades e problemas diagnosticados, prevenindo assim agravamento das situações e a desinserção social tem que, “para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.” (D.R. 2.ª série — N.º 151 — 7 de agosto de 2018: 21427).

De acordo com o Regulamento n.º 515/2018 da O.E., publicado em diário da república as unidades de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica são

- ✓ **Deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;**
- ✓ **Assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;**
- ✓ **Ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;**
- ✓ **Prestar cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.** (D.R. 2.^a série — N.º 151 — 7 de agosto de 2018: 21427).

O desenvolvimento das competências supracitadas, foi realizado com os contributos do desenvolvimento de conhecimentos, de aprendizagens obtidas na sala de aula, nos campos de estágio e no local onde desenvolvemos a nossa atividade enquanto enfermeira.

Neste âmbito (Hesbeen, 2000:136), afirma que o estágio é a ocasião de o estudante descobrir “a realidade das situações de vida, (...) é no estágio que estes podem descobrir concretamente o que significa prestar uma atenção particular ao outro através de todas aquelas pequenas coisas que constituem os cuidados de enfermagem”. Refere ainda que permite aos estudantes que “expressem as suas interrogações, as suas satisfações, bem como as suas indignações, as suas emoções, (...) permite o despertar para a complexidade e para a riqueza do ser humano e de quem revela a beleza dos cuidados de enfermagem” (Hesbeen, 2000:136).

No desenvolvimento da primeira competência: **Deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional** iniciou-se no primeiro campo de estágio, manteve-se no segundo e consideramos que é um processo inacabado, visto que nos tem acompanhado desde então.

Durante a realização dos estágios e todos os nossos dias enquanto enfermeiros, somos confrontados com situações novas e inesperadas, em que vivenciamos momentos e situações que tem impacto e provocam reações em nós, que são necessárias descodificar, esclarecer e

refletir, com o objetivo de minorar esses impactos, essas consequências e anulando o seu efeito, não comprometendo a gestão, a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados a pessoa, família, grupo e comunidade.

Todas as reflexões e introspeções sobre as nossas posturas, inquietações, comportamentos, sentimentos, emoções vivenciados, são momentos de aprendizagens sobre nós próprios, sobre o nosso “self”, ou seja, aprendemos a identificar as manifestações em nós reativas aos impactos que as situações provocam em nós, aprendemos a identificar os processos de transferência e contratransferência e a sua influência no nosso desempenho quer enquanto pessoa, quer enquanto estudante, quer enquanto profissional, permitindo-nos desenvolver e aprofundar o nosso autoconhecimento conhecendo o nosso eu interior, as nossas limitações e potencialidades, em suma, conhecendo-nos melhor, temos mais consciência de nós, tornando-nos mais capacitados para ajudar e preparar a ajuda para quem precisa de ser ajudado.

Importa referir que o processo de transferência segundo (Townsend, 2011: 128) “ocorre quando cliente desloca ou transfere inconscientemente para o enfermeiro sentimentos formados em relação a uma pessoa do seu passado, que poderão ser desencadeados por algo na aparência características da personalidade do enfermeiro comparam o cliente a essa pessoa” Segundo o mesmo autor o processo de transferência pode “interferir com a interação terapêutica quando os sentimentos expresso incluem raiva, hostilidade. (...) pode também assumir a forma afeição em demasia pelo enfermeiro ou dependência excessiva do enfermeiro” (Townsend, 2011:128)

O mesmo autor define o processo de contratransferência como resposta “emocional e comportamental do enfermeiro em relação ao cliente. Podem estar relacionadas com sentimentos mal resolvidos para com pessoas significativas que fizeram parte do passado do enfermeiro ou podem ser em geradas respostas em sentimentos de transferência da parte do cliente.” (Townsend, 2011:128)

Para (Nunes, 2018: 133), “Re-fletir, nesta ideia de se flectir sobre si, é ser consciente de si mesmo, durante ou depois de uma experiência particular, podendo ganhar-se novos insights sobre Si”. A autora afirma, “é habituar-se a responder de forma mais congruente em situações futuras, dentro de uma espiral reflexiva no sentido de desenvolver a sabedoria prática.” (Nunes, 2018: 133).

Exemplificando: No quinto dia de estágio final, fomos confrontados com a seguinte situação: Uma doente jovem (36 anos), casada e com uma filha de 10 anos, com o diagnóstico de cancro da mama metastizado, que estava a realizar tratamentos de quimioterapia. Previamente consultamos os registos no processo clínico com o objetivo de obtermos dados e informações sobre a doente, que nos facilitasse estabelecer a interação com a doente. Recorrendo à preparação da doente para administração do tratamento, como estratégias para facilitar o estabelecer contacto, dar início a interação, promovendo a relação interpessoal e de ajuda, após breve apresentação de nós, de forma repentina a doente referiu que o que mais a preocupava “era a filha que embora, esta fosse autónoma e muito desenrascada ainda precisava muito do seu abraço”. Vimos nesta abordagem um pedido de ajuda, que nos deixou muito desconfortáveis e angustiados, sem saber como ajudar, manifestando-se em nós com um tremor interno localizado na região do abdómen, com a vivência de sentimentos como impotência, apreensão, insegurança e sentimentos de compaixão. A consciencialização do momento destas manifestações foi importante na continuação da relação interpessoal e de ajuda, com objetivo de não deixar transmitir à doente estas vivências e manifestações, assim, adotamos comportamentos e estratégias de comunicação não verbal, como por exemplo: controlar o tom de voz, o olhar, a postura, a expressão facial. Em relação ao sentimento de compaixão este foi abordado, trabalhado e refletido com a enfermeira orientadora, pois estávamos despertos para a possibilidade de ocorrência de processos de transferência e contratransferência.

Consideramos a partilha de algumas informações, situações, sentimentos e emoções com as nossas enfermeiras orientadoras nos campos de estágio e com outros enfermeiros especialistas, uma mais-valia para o nosso crescimento, pois ajudaram-nos a esclarecer e a resolver alguns dos sentimentos vivenciados como a insegurança, apreensão, a impotência, transmitindo tranquilidade, segurança e clarificando o que era normal ou anormal, originando em nós maior maturidade emocional, segurança e tranquilidade perante certas situações, ajudando-nos ainda a desenvolver estratégias como por exemplo “escudo protetor”, para lidar com o sofrimento, angustia, medos, a incerteza das pessoas, protegendo assim o nosso “eu” e a nossa integridade, contribuindo para o nosso processo de autoconhecimento e consciencialização de nós.

Neste âmbito (Rogers, 2010:40) afirma que “(...) quando me aceito a mim mesmo como eu sou, estou a modificar-me.”. Refere ainda que “Quanto mais eu tento ouvir-me e estar atento

ao que experimento no meu íntimo, mais procuro ampliar esta mesma atitude de escuta dos outros, maior respeito sinto pelos complexos processos da vida”. (Rogers, 2010:44)

Nesta linha de pensamento (Rispaill, 2002: 2) afirma que “O cuidador deve, pois, melhorar o conhecimento que tem de si próprio, das suas crenças, dos seus hábitos, das suas eversões, dos seus receios, tomar consciência, dos seus mecanismos de projeção e de defesa.” Pois assim objetiva “adquirir, uma autenticidade e um certo nível de confiança que lhe permitiram melhorar a qualidade dos cuidados que presta.” (Rispaill, 2002: 2)

Assim, consideramos ter adquirido a primeira competência específica de EEESMP ao dispormo-nos a realizar momentos de introspeção e reflexão sobre as nossas atitudes, habilidades, sentimentos que surgiram da interação e da relação com as doentes e famílias e o modo que estes poderiam interferir e influenciar a relação estabelecida, consolidando e aumentando o nosso autoconhecimento e consciência de nós, contribuído assim, para alcançar uma prestação de cuidados de enfermagem estruturados, diferenciados e com qualidade.

A segunda competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica é o dever de: **Assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.**

A aquisição desta competência foi ancorada na metodologia do processo de enfermagem, nos contributos da teoria das Relações Interpessoais de Peplau, na Relação de ajuda.

Como referido anteriormente o processo de enfermagem é uma metodologia científica de trabalho, “em que cada etapa o enfermeiro procura, prescreve e antecipa, ou seja, procura identifica os problemas e prioriza-los devidamente, prescrever as intervenções para resolver e minimizar os problemas identificados, assim como detetar precocemente problemas potencias.” (Nunes, 2018:12).

A sua implementação é subjacente à utilização de uma serie de estratégias estruturadas que permitem alcançar os objetivos preconizados para cada etapa do processo de enfermagem que são: Avaliação Inicial, Diagnóstico, Planeamento, Execução e Avaliação

A primeira fase, ou seja, Avaliação Inicial tem por objetivo obter o maior número de dados e de informações possíveis para efetuar uma avaliação diagnóstica das necessidades e problemas das doentes.

Neste âmbito recorreremos a várias fontes com objetivo de obter informações nos diferentes domínios da pessoa, que tem influência na sua saúde.

As fontes utilizadas foram a consulta dos registos médicos no diário clínico, de todos os registos de enfermagem no processo da doente, também abordamos as famílias, porque “normalmente o doente está acompanhado por um familiar, mas também porque quase nunca não está sozinho a lidar com a doença” (Lopes, 2006:158)

Para além destas fontes, também recolhemos informações, através do método de observação das doentes em termos comportamental, socialização e na interação com a equipa de enfermagem e com os seus pares na sala de tratamentos.

Utilizamos ainda a entrevista semiestruturada constituída por perguntas abertas, é de referir que antes de iniciarmos a entrevista, consultávamos o processo clínico, com o objetivo obtermos informações e conhecimento prévio da doente, para facilitar a interação e o estabelecimento do início da uma relação terapêutica como referido anteriormente.

Segundo (Lopes, 2006: 154) “A entrevista normalmente corresponde ao primeiro encontro entre a enfermeira e o doente e o respetivo familiar.”

Refere ainda que, a avaliação diagnóstica “orienta-se em três sentidos, mas complementares, a saber: o que o doente sente; o que preocupa o doente; as estratégias e capacidade do doente. (...) Nestes objetivos podem perceber-se finalidades simultaneamente diagnósticas e terapêuticas” (Lopes, 2006: 154).

Sendo este o primeiro contato “é essencial estabelecer uma relação mútua de confiança, em que se recolhe dados importante para garantir uma assistência adequada.” (Sequeira, 2016:240), para tal é necessário utilizar “competências comunicacionais com objetivo de ajudar o individuo a ultrapassar a stress temporário, lidar com outras pessoas, ajustar-se ao inalterável e ultrapassar os bloqueios psicológicos.” (Sequeira, 2016:241).

Segundo Phaneuf, a entrevista tem por objetivos apoiar a pessoa em crise ao fazê-la:

- ✓ Sentir-se em segurança, escutada e compreendida;
- ✓ Perceber que não está só e a sentir a nossa vontade de a ajudar;

- ✓ Realizar intervenções que lhe permitirão readquirir funções fisiológicas normais: ritmo respiratório, tensão arterial, sistema digestivo, sono, etc.;
- ✓ Chegar a uma interpretação correta da realidade;
- ✓ Chegar progressivamente a mais realismo depois de uma fase de negação que lhe permitiu encontrar um pouco de força e de se sentir tranquilizada;
- ✓ Conservar a sua perceção correta da realidade;
- ✓ Expressar os seus sentimentos de receio, de angústia, de medo, de cólera e de desencorajamento;
- ✓ Chegar progressivamente a mais realismo depois de uma fase de negação que lhe permitiu encontrar um pouco de força e de se sentir tranquilizada;
- ✓ Compreender que lhe é permitido chorar ou estar em cólera numa situação parecida;
- ✓ Encontrar os seus mecanismos habituais de funcionamento e modificar alguns dos seus comportamentos;
- ✓ Encontrar opções ao seu modo de funcionamento atual;
- ✓ Encontrar apoio voltando-se para os amigos, familiares ou pessoas de confiança encorajamento;
- ✓ Encontrar os seus mecanismos habituais de funcionamento e modificar alguns dos seus comportamentos; (Phaneuf, 2005: 312)

Ao estabelecer a interação que dará início a relação interpessoal e de ajuda devemos ter em consideração o ambiente, o contexto e comunicação, devemos acolher o outro com compreensão, empatia, autenticidade, confiança, respeito, intimidade profissional, favorecendo assim uma relação de confiança, de aliança terapêutica, uma relação terapêutica. (Lopes, 2018).

Carl Rogers definiu relação de ajuda como sendo “as relações na quais pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida, (...) cujo o objetivo geral é o crescimento.” (Rogers, 2010:65), ou seja, a relação de ajuda pode ser definida como uma interação entre o enfermeiro e o doente, em que o enfermeiro ou os dois, tenta desenvolver os recursos internos da pessoa, para que seja o seu próprio recurso terapêutico.

Em suma, aplicamos a metodologia do processo de enfermagem, através da realização da Avaliação Inicial, recorrendo às entrevistas semiestruturadas que nos permitiram verificar e

avaliar as necessidades e os problemas da pessoa, realizamos observações no domínio do comportamento e da interação das doentes tendo em conta o ambiente e o contexto, assim, elaboramos as avaliações diagnósticas de enfermagem na área da saúde mental. Inicialmente com maior dependência da enfermeira orientadora, a medida que o estágio foi evoluído nós também evoluímos, ganhando confiança e segurança tornando-nos mais autónomos na nossa tomada de decisão e consequentemente na prestação de cuidados.

É de referir que os diagnósticos de enfermagem e as intervenções de enfermagem foram discutidas e validadas com a enfermeira orientadora.

Incentivamos as famílias e os doentes a promoverem, a desenvolver e mobilizar estratégias que permitissem identificar as suas preocupações, emoções e os sentimentos nomeadamente os sentimentos negativos e como se manifestavam, estimulando a pessoa e família a focarem-se na sua gestão. Incentivamos ainda a mobilizar, desenvolver e aumentar a capacidade de resiliência.

Desenvolver habilidades/ atitudes que as ajudasse a superar os seus medos, os seus receios, a vencer os sentimentos de vulnerabilidade nesta fase da sua vida e no seu processo doença, tais como: executar massagem simples, promover momentos e atividades de relaxamento em família, em grupo, através de musicoterapia, biblioterapia, filmoterapia, meditação, convívio/interação social. Contribuído assim para uma melhor transição e adaptação à sua nova condição de vida em todos os seus domínios, cooperando assim para mais e melhor saúde mental.

Realizamos ainda reuniões/consulta de enfermagem informais com as doentes que no dia do tratamento apresentavam manifestações de ansiedade, com humor deprimido, com labilidade emocional, objetivando a perceção das suas necessidades, essencialmente o que as afetava, o que as preocupava e a qual a razão subjacente para o seu estado e quais as estratégias que tinham e utilizavam para a resolução das necessidades e problemas, para tal proporcionamos escuta ativa, apoio emocional, esclarecimento de dúvidas, aconselhamos leituras complementares tais como livros de autoajuda, facultamos folhetos informativos abordando diversas temáticas explicando-os, realizando assim educação para a saúde e intervenção psicoeducativa contribuindo assim para a resolução das suas necessidades e preocupações.

Por exemplo fornecemos folhetos, guias e outras informações: sobre os direitos dos doentes oncológicos, sobre a importância e necessidade de uma alimentação saudável, sobre a necessidade e importância de boa higiene do sono, sobre a aspetos a ter em consideração e atenção sobre o braço do lado da mama intervencionada afim de evitar e prevenir complicações como por exemplo linfedema que irá ter repercussões na sua vida diária e tendo influência na sua saúde mental, sobre a necessidade de manter as atividades de vida diária e a adequação no autocuidado, sobre a necessidade de efetuar atividade física sempre que tenha condição para o efetuar. Sempre que a nossa intervenção, carecesse de ser complementada ou não fosse da nossa área de intervenção, encaminhávamos as doentes para outros técnicos de saúde, que fazem parte da equipa multidisciplinar como por exemplo assistente social, nutricionista, médico assistente.

Nesta linha de pensamento Chalifour afirma que “(...) é impossível estabelecer uma relação de ajuda profissional sem desenvolver certas atitudes e sem as manifestar ao cliente” (Chalifour, 2008:195)

No contexto do nosso estágio final prestamos cuidados de enfermagem diretos às doentes, como por exemplo satisfação das atividades de vida diária como a alimentação, eliminação, mobilização, administração de terapêutica. Consideramos esses momentos, em que ocorreram essas intervenções foram uma mais valia, pois funcionaram como estratégia e técnica de quebra o gelo, permitindo estabelecer interações, relação de ajuda, relação terapêutica e ganhar a confiança das doentes e família.

Neste âmbito (Lopes, 2006), afirma que se aproveitarmos o veículo da prestação de cuidados em geral e a proximidade que estes proporcionam, podemos construir uma relação que pode assumir uma importância marcante para o utente.

Assim, na nossa prestação de cuidados de enfermagem enquanto estudantes, estabelecemos relações empáticas, de autenticidade, carinho, aceitação, de respeito e compreensão. Disponibilizamos presença e oferecemos suporte e apoio emocional.

Chalifour afirma que a “A compreensão empática do profissional permitir-lhe-á de se deixar tocar pelo cliente e de adaptar as suas intervenções ao que pensa, ressentido e vive” (Chalifour, 2008:199). Segundo o mesmo autor “demonstrando compreensão empática, o interveniente reconhece o cliente como o único, tal como reconhece única a uma experiência que o leva a consultá-lo” (Chalifour, 2008:201)

Promovemos a escuta ativa, respeitando e desenvolvendo a compreensão do silêncio, favorecendo assim, o desenvolvimento da relação de ajuda, relações interpessoais e terapêuticas que contribuam para o nosso crescimento, desenvolvimento pessoal e profissional. Assim, consideramos termos adquirido esta segunda competência específica.

Em relação à terceira competência que refere que o enfermeiro deve: **Ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto**

Consideramos que esta competência está interligada e é inerente à segunda competência.

Ao desenvolvermos e aprofundarmos habilidades, atitudes, saberes e aptidões que ao serem mobilizadas no planeamento de intervenções de enfermagem de forma estruturada, diferenciada e centrada na pessoa, dando assim, resposta aos diagnósticos de enfermagem em saúde mental, identificados na competência anterior e ao implementá-las na prática, tendo em conta o ambiente e o contexto promovemos ganhos na saúde mental da pessoa e na sua qualidade de vida.

Neste âmbito, recorrendo a linguagem classificada para a prática da enfermagem (CIPE versão 2015), e utilizando o programa informático SClínico que na instituição onde realizamos os estágios, é o programa que a nível dos internamentos se realiza, todos os registos de enfermagem, permitindo assim a uniformização de registos e de linguagem. Assim, envolvemos a pessoa como parte integrante de todo o processo tendo em conta as suas crenças, valores, tomada de decisão, efetuamos diagnósticos de enfermagem na área da Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica individualizados e centrados na pessoa, planeamos e construímos as respetivas intervenções de enfermagem de acordo com os diagnósticos de enfermagem, aferimos os resultados obtidos contribuindo para melhor saúde mental, bem-estar físico, emocional e qualidade de vida

De acordo com Nunes, citando a O.E. afirma que “(...) ao longo de todo o ciclo vital, se procura prevenir a doença, promover os processos de readaptação após a doença, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida diária.” (Nunes, 2018:19)

Neste âmbito consideramos que a competência em apreço foi adquirida por nós, visto que adquirimos conhecimentos, aprofundamos aprendizagens, desenvolvemos habilidades, capacidades, saberes e competências comunicativas, de ajuda e relacionais, que permitem ajudar a pessoa ao longo do seu ciclo vital integrada na família, grupo e comunidade.

Na quarta competência o enfermeiro deve: **Prestar cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.**

A aquisição de aprendizagens com o objetivo de adquirir conhecimentos, nesta competência iniciou-se no primeiro estágio ao assistir: às sessões de terapia de grupo da Unidade de Tratamento e Recuperação de Alcoólicos (U.L.T.R.A) que era liderada pelo EESMP, onde tivemos a oportunidade de observar as dinâmicas das sessões psicoterapêuticas, observar as estratégias utilizadas para ajudar os doentes a desenvolver e melhorar o coping e o seu insight sobre a sua doença, observar as intervenções estruturadas na abordagem do processo de doença, contribuindo para a modificação de comportamento.

Ainda neste estágio podemos acompanhar a equipa de visita domiciliar a doentes com patologia mental, nomeadamente doentes com patologia esquizofrénica, onde podemos observar os doentes no seu ambiente familiar e inseridos na comunidade permitindo-nos avaliar as suas competências nos vários domínios (relacional, social...) e perceber os seus problemas, as suas necessidades e dificuldades, ou seja, fazer uma avaliação diagnóstica de enfermagem em saúde mental, permitindo assim, desenvolver um plano de intervenções de enfermagem estruturado e diferenciado, nomeadamente um plano de treino de competências/habilidades sociais, relacionais centrado na pessoa com patologia esquizofrénica objetivando o seu funcionamento social, familiar de forma autónoma e independente sob supervisão da equipa multidisciplinar.

Ao estabelecermos relação de ajuda e relações interpessoais com as doentes nos campos de estágio nomeadamente no estágio final, além de mobilizarmo-nos a nós mesmos, para criar e estabelecer interações e relações interpessoais terapêuticas significativas que influenciam e modificam comportamentos das doentes, mas também podendo ter influência sobre nós próprios, provocando à nossa própria modificação de comportamento.

Uma relação interpessoal de qualidade entre quem recebe os cuidados e quem presta cuidados, permite à pessoa que recebe desenvolver-se, transformar-se, modificar-se, mas esta relação não é unívoca, também pode ocorrer um processo de modificação e de desenvolvimento no prestador de cuidados. (Tomey & Alligood, 2004)

A interação estabelecida permite-nos a percepção das dificuldades e necessidades das doentes e/ou família, muitas vezes através da comunicação não verbal, através do olhar, nos minutos de silêncio que ocorrem e são necessários no processo de interação e de relação e que fazem parte das estratégias de comunicação em saúde, muitas vezes ouvimos e transmitimos mensagens não verbalizadas nos silêncios, como alguém diz “até no silêncio, no silêncio do olhar, do abraço comunicamos”.

Segundo (Chalifour, 2009:153), o silêncio “não consiste apenas na ausência de palavra, ele é feito de atenção e interesse pelo que o cliente comunica”. Afirma ainda que o silêncio “é feito igualmente de atenção e abertura, pelo que o interveniente percebe, pensa ou sente enquanto pessoa e profissional no instante em que o cliente se expressa.”. Refere ainda que o silêncio “deixa subentender que a comunicação é um processo contínuo e que apenas cessará no instante em que as pessoas se deixarem.” (Chalifour, 2009:153)

Neste sentido, com o objetivo de colmatar as necessidades diagnosticadas, e mais uma vez ancoradas nas relações interpessoais de Peplau, na relação de ajuda e na realização da revisão integrativa da literatura baseando a prática na evidência científica, desempenhamos os diferentes papéis de enfermeira que surgem nas diversas fases da relação interpessoal enfermeira-doente, assim, desempenhamos o papel de estranha, papel pessoa de recursos, papel de professora, papel de líder e o papel de conselheira.

Assim, tivemos a oportunidade na vertente psicoeducativa, de esclarecer, de educar, de aconselhar, de fazer entender e compreender o processo da sua patologia base, a sua nova condição de vida e a influência na sua saúde mental e em todas as suas dimensões de forma holística, como ser biopsicossocial e espiritual.

De acordo com o Regulamento dos Padrões Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental 2011, psicoeducação “é uma forma específica de educação. É destinada a ajudar pessoas com doença mental ou qualquer pessoa com interesse na doença

mental, possibilitando a compreensão dos factos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa”.

Segundo o mesmo regulamento “É também uma maneira de desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos. (...) para poderem ser capazes de conceber os seus próprios planos de prevenção de recaídas e de estratégias de gestão da doença” (O.E. 2011:16).

Assim no âmbito da vertente psicoeducativa além das intervenções já referidas ao longo do trabalho também, esclarecemos as doentes sobre crenças e mitos errados sobre a sua doença, incentivamos a definir e estabelecer prioridades na sua vida e gerir os seus papéis familiar, laboral e social, incentivamos avaliar e a gerir as suas potencialidades nas suas diferentes dimensões, encorajamos ao uso de mecanismos e estratégias que facilitassem os processos adaptativos à doença por exemplo o uso de roupas, prótese ou cosméticos, manga elástica, contribuindo para melhorar a autoestima, a imagem corporal tendo influência direta na saúde mental, encorajamos o apoio espiritual como a meditação, a oração e outras tradições e rituais religiosos de acordo a preferência da pessoa, estimulamos pessoa a procurar fontes de motivação, estimulamos a frequência de terapia com grupo de apoio grupos de autoajuda e/ou psicoeducativos, encorajamos a realização de atividades que contribuem para melhor auto estima e autoimagem, educamos sobre a obtenção da informação fidedigna sobre a doença procurando-as em locais certificados e fidedignos efetuando a sua gestão, ensinamos técnicas que contribuem para reduzir a ansiedade tais como massagem simples, técnica respiração abdominal, técnica de relaxamento de Jacobson.

Nós enfermeiros desempenhamos um papel muito relevante no ciclo vital da pessoa pois somos dotados de aprendizagens, conhecimentos, competências, habilidades, atitudes, estratégias que nos permitem ajudar a pessoa na resolução das suas necessidades e problemas em saúde e nomeadamente em saúde mental, mesmo quando estão fora da nossa área de ação e competência, porque temos a consciencialização e autoconhecimento das nossas limitações e do nosso campo de intervenção, neste contexto encaminhamos para outros profissionais e procuramos ajuda junto deles, para a resolução das necessidades da pessoa. Segundo (Nunes, 2018:18), o cuidado profissional ao ser humano “na área da saúde, assim se entende que o foco de atenção dos cuidados sejam os próprios projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue”.

Com o intuito de desenvolver esta e outras competências, como referido anteriormente, fizemos formação contínua na área com frequência de congressos (Anexo III e IV), de cursos (V e VI), realização de leituras complementares de livros, capítulos de livros, artigos e outros.

O trabalho desenvolvido nos campos de estágio possibilitou-nos o aprofundamento e a realização de diversas aprendizagens em diversos domínios que contribuíram para desenvolvimento de várias competências, que nos permitiram no campo de estágio lidar com situações complexas relacionadas com as doentes e com os seus familiares, com as quais fomos confrontados, com segurança e com qualidade.

Assim, consideramos que adquirimos as competências em apreço.

4.3 - COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

O presente Curso de Mestrado de Enfermagem no seu regulamento de funcionamento refere o que aluno para obter o Grau de Mestre:

- ✓ **Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;**
- ✓ **Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;**
- ✓ **Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais**
- ✓ **Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;**
- ✓ **Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;**
- ✓ **Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular,**

✓ **Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.**

É de salientar que o referido regulamento, é sustentado no Decreto. Lei nº 157/2018 de 16 de agosto, publicado em Diário da República, onde estão elencadas as competências que deverão ser adquiridas, com vista a obtenção do grau de Mestre.

Como tem sido referido ao longo do presente trabalho, todas as aprendizagens realizadas em sala aula recorrendo a diferentes estratégias, que dessem resposta às propostas de trabalhos, efetuados pelos professores responsáveis pelas Unidades Curriculares, com o objetivo de aprovação, foram uma mais-valia no nosso desempenho nos campos de estágios. Pois os conhecimentos adquiridos, associados a leituras complementares efetuadas, à frequência dos congressos, cursos e outras formações, foi possível prestar cuidados de enfermagem na área da especialidade estruturados, diferenciados centradas na pessoa, família, comunidade, que foram alvo de valorização e reflexão por parte das equipas multidisciplinares, no âmbito de reuniões terapêuticas onde se pretendia desenvolver projetos terapêuticos e de saúde tendo em conta a pessoa com crenças, valores, com autonomia e poder de tomada de decisão, contribuindo assim, para a resolução das necessidades identificadas promovendo maiores ganhos em saúde.

A realização do Estágio I permitiu obter conhecimentos, desenvolver técnicas e habilidades, que foram essências para a metodologia do processo de enfermagem e para a tomada de decisão fundamentada e sustentada na resolução de necessidades identificadas na área de especialização durante a realização do estágio final.

Neste âmbito, sentimos necessidade de mobilizar-nos a nós próprios, para estabelecer a interação, relação interpessoal e relação terapêutica, mobiliza-mos ainda o saber e o saber fazer, sempre com responsabilidade ética e deontológica na prestação de cuidados de enfermagem nomeadamente quando as doentes consentiam que nós fôssemos responsáveis pelos seus cuidados, aceitando-nos como estranhos, sendo necessário desenvolver estratégias e habilidades que lhes transmitissem segurança, confiança, autenticidade, aceitação, empatia, demonstrando que possuíamos recursos e conhecimentos, que nos permitiam ser apoio e suporte contribuindo para melhorar a sua qualidade de vida, o seu bem estar físico e psíquico, obtendo ganhos em saúde.

Tendo por objetivo aprofundar conhecimentos adquiridos em diversos contextos tentamos manter a formação contínua, além da formação académica como já foi referido anteriormente, assim, participamos em 2 congressos, num dos quais participamos com um poster intitulado “A Influência da Felicidade na Saúde Mental do Idoso: Revisão Integrativa da Literatura”, sendo um dos autores (Anexo V). É de referir que este, foi efetuado, tal como o título indica com base num artigo de revisão integrativa, que elaboramos, para dar resposta aos objetivos propostos pela UC “Envelhecimento” do 2º semestre. Ainda neste contexto participamos em cursos abordando a saúde mental na área da oncologia e outras patologias do foro psiquiátrico como por exemplo “Prevenção do suicídio” como referido anteriormente.

É de referir como todos nós sabemos, que devido à situação que está a decorrer a nível nacional e mundial com a presença da pandemia, denominada Covid-19, os congressos, cursos e outras formações presenciais foram suspensas, contudo ocorreram adaptações por parte dos organizadores de diversos eventos dirigidos para área de intervenção da saúde mental à tecnologia e aos recursos disponíveis, pelo assistimos via internet a cursos, palestras focadas em temas relacionados com a saúde mental, em diversas plataformas como o zoom e diversas plataformas tecnológicas, dos quais destacamos o webinar,

Realizamos ainda a RIL, cujos os resultados nortearam a elaboração da proposta do nosso projeto de intervenção como referido anteriormente.

No decorrer do estágio final e de acordo com os objetivos propostos por esta UC, realizamos intervenções na área da gestão e organização dos recursos humanos, recursos materiais, separação dos resíduos na fonte de produção e colocando-os nos respetivos contentores dos diversos grupos participamos ainda no cumprimento das normas emanadas pelo Gabinete de Controlo de Infecção como por exemplo incentivar os doentes a realizar higienização das mãos.

As competências adquiridas ao longo de todo o processo formativo contribuíram de forma evidente para o nosso desenvolvimento, crescimento pessoal e profissional permitindo-nos realizar uma prática de cuidados de enfermagem diariamente, com qualidade e segurança sustentada e baseada na evidência científica, em que os nossos pares valorizam e reconhecem os nossos saberes, o saber e o saber fazer, sendo assim modelo de referência na avaliação, diagnóstico, planeamento e execução dos cuidados de enfermagem aos nossos doentes na nossa área de especialização, contribuído para a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde.

CONCLUSÃO

A realização deste trabalho visa demonstrar o percurso realizado, para desenvolver, adquirir e aprofundar conhecimentos e aprendizagens, tendo por objetivo a aquisição de competências de EEESMP.

Foi um percurso longo e árduo que nos proporcionou grandes momentos de aprendizagens, com o vivenciar e experienciar novas realidades, novos sentires que contribuíram para o nosso desenvolvimento e crescimento pessoal, profissional e humano, que favoreceram o nosso autoconhecimento, uma maior consciência de nós, das nossas limitações, dificuldades, dos fenómenos de transferência e contra transferência, que podem influenciar a nossa interação, a relação interpessoal e terapêutica que estabelecemos com os doentes.

Neste âmbito foram descritos todos os aspetos que consideramos relevantes para esse crescimento, desenvolvimento que contribuíram para aquisição das competências de EEESMP e de Mestre, contudo temos a noção que não conseguimos transcrever na íntegra para o papel tudo o que efetivamente realizamos e fizemos ao longo deste percurso, porém concluímos que atingimos os objetivos propostos para a realização deste relatório.

A enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, segundo o Regulamento dos Padrões Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental 2011, foca-se na

“promoção da saúde mental do bem-estar, na identificação dos riscos para a saúde mental, prevenção da doença mental, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustada ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental, no tratamento, e reabilitação de pessoas com doença mental”. (O.E., 2011:4)

A doença oncológica afeta a pessoa em todas as suas dimensões. Ser mulher e ser portadora de cancro da mama exige desta, uma enorme capacidade de mobilizar os seus recursos internos e externos que a ajudem no processo de transição e adaptação à sua nova condição de saúde.

O cancro da mama é uma doença complexa que afeta a mulher de forma holística em todas as suas dimensões como ser biopsicossocial e espiritual que provoca grande sofrimento na mulher, família, que a desorganiza e desestrutura, afetando a sua saúde mental, o seu bem-estar e a sua qualidade de vida.

É fundamental que os enfermeiros nomeadamente os EEESMP, que prestam cuidados às mulheres com patologia de cancro da mama, o façam de forma holística, com empatia, compreensão, autenticidade, favorecendo assim, criar interações que permitam estabelecer relação terapêutica, relação de ajuda, relação interpessoal autênticas, de compreensão, de confiança, que contribuam para implementar e executar as suas intervenções na sua área de atuação, nomeadamente a intervenção psicoeducativa, objetivando a adaptação à sua nova condição de saúde, que se caracteriza por ser um processo dinâmico e longo.

Essa intervenção deve ser estruturada e diferenciada, subjacente a utilização da metodologia do processo de enfermagem, utilizando as suas 4 etapas (Avaliação, Diagnóstico, Planeamento, Execução, Avaliação), dando resposta as necessidades identificadas na pessoa no momento da admissão ou ao longo do tratamento e pós tratamento, uma vez que, avaliação é constante, sendo sustentada na evidencia científica atual e disponível, realizando assim uma prática baseada na evidência.

O enfermeiro EEESMP deve estar capacitado com técnicas comunicacionais, com competências e habilidades que lhe permitam estabelecer interação, relação de ajuda e relação interpessoal, associados a outros fatores, tais como, ter um elevado autoconhecimento de si próprio, o que lhe permite mobilizar-se a si próprio, sendo um instrumento terapêutico em si mesmo, ajudando a mulher e a família a mobilizar a si próprios, os seus recursos, desenvolver estratégias de coping, mecanismos e técnicas de suporte, de apoio que promovam a gestão de sentimentos, emoções e gestão de informação, que promovam a modificação e alteração do seu comportamento, obtendo assim, ganhos na sua saúde mental e qualidade de vida.

Assim, a sua intervenção respeitando o código ético e deontológico, deve incidir na educação, na compreensão, na orientação, no aconselhamento, ou seja, intervenções psicoeducativas que capacitam e empoderam a mulher para enfrentar de forma sustentada e apoiada os desafios que lhe são colocados na sua nova condição de saúde.

Neste âmbito, a prestação de cuidados de enfermagem do EEESMP à mulher com cancro da mama e família, deve ser baseada e sustentada na evidência científica disponível e atual, assim a investigação e a formação continua contribuem para essa sustentação e permitem uma prática de cuidados de enfermagem baseada na evidencia científica, fomentando a segurança na prestação dos cuidados e a excelência na qualidade dos cuidados prestados, proporcionando

ganhos em saúde nas diferentes dimensões e domínios da mulher, nomeadamente na sua saúde mental, no seu bem-estar físico, emocional e na sua qualidade de vida.

BIBLIOGRAFIA

- ✓ Albuquerque, E. & Cabral, A.S. (2015). Psico-Oncologia Temas Fundamentais (1ª edição). Lisboa, Portugal: Lidel
- ✓ Almeida, T.G et al. (2015). Vivência da mulher jovem com câncer de mama e mastectomizadas. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 19(3) Jul-Set 2015. DOI: 10.5935/1414-8145.20150057. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0432.pdf>
- ✓ Amaral, A.C. (2010). Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental. (1ª edição). Loures, Portugal: Lusociência.
- ✓ Apóstolo, J.L.A. (2017). Síntese da Evidencia no Contexto da Translação da Ciência. Coimbra, Portugal, Escola Superior de Enfermagem. ISBN 978-989-99426-5-3
- ✓ Barbosa, A., Pina, P. R., Tavares, F. & Neto, I. G.. (2016). Manual de Cuidados Paliativos. (3ª edição). Lisboa, Portugal: Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- ✓ Benner, P. (2001). De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto
- ✓ Caldas de Almeida, J, Xavier, M. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental 1º Relatório. Disponível em: http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
- ✓ Chalifour, J. (2008). A Intervenção Terapêutica – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Loures: Lusodidacta

- ✓ Comissão das Comunidades Europeias. (2005). Livro Verde - Melhorar a Saúde Mental da população - Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia. Disponível em https://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_pt.pdf
- ✓ Correia, D.T. (2014). Manual de psicopatologia (2ª edição). Lisboa, Portugal: Lidel
- ✓ Costa, S.R., Jimenez, F. & Ribeiro, J.P. (2012). Depois do Cancro da Mama: acontecimentos significativos no ciclo de vida. revista psicologia, saúde & doenças, 2012, 13 (2), 238 - 251 EISSN - 2182-8407 Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde - SPPS - www.sp-ps.com.
- ✓ Diário da República, 2.ª série — N.º 122 — 25 de junho de 2015. Regulamento Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Disponível em https://www.sep.org.pt/files/uploads/2016/10/sep_.
- ✓ Diário da República n.º 151/2018, Série II de 2018-08-07. Ordem dos Enfermeiros - Regulamento n.º 515/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/115932570/details/maximized>.
- ✓ Diário da República, 2.ª série — N.º 183, 2017. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde Despacho n.º 8254/2017. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/108189401>
- ✓ Diário da República n.º 151/2018, Série II de 2018-08-07. Ordem dos Enfermeiros - Regulamento n.º 515/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/115932570/details/maximized>.
- ✓ Direção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - Versão Resumo (maio 2013). Disponível em: http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_verseaore-sumo_maio20133.pdf

- ✓ Direção Geral da Saúde. (2016). PORTUGAL Doenças Oncológicas em Números – 2015 Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Disponível em : <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-2015-pdf.aspx>.
- ✓ Direção Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas 2017. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22531/1/Programa%20Nacional%20para%20as%20Doen%C3%A7as%20Oncol%C3%B3gicas%202017.pdf>
- ✓ Dias, E. & Durá, M.R. (2002). Territórios da Psicologia Oncológica. (1ª edição). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores
- ✓ Educação, Â. (2014). Manual de Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada em evidências. Belo Horizonte, Brasil: EAD Educação a Distância
- ✓ Figueira, M.L., Sampaio, D. & Afonso, P. (2014). Manual de Psiquiatria Clínica (1ª edição). Lisboa, Portugal: Lidel
- ✓ Figueiredo, A. S. (2004). À Conquista de uma Identidade: Enfermeiros recém-formados, entre o hospital e o centro de saúde. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- ✓ Fortin, M. (1999). O processo de investigação: da concepção à realização. Loures, Portugal: Lusociência
- ✓ George, J.B. (2000). Teorias de Enfermagem- Os fundamentos à prática profissional. 4ª edição. Porta Alegre, Brasil.
- ✓ Globocan. International Agency for Research on Cancer – WHO- (2018). Cancer Tomorrow. Disponível em: gco.iarc.fr/tomorrow/graphicisotype?type=0&population=900&mode=population&sex=0&

- ✓ Globocan. International Agency for Research on Cancer - WHO. (2018). PRESS RELEASE N° 263. Disponível em: https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/09/pr263_E.pdf.
- ✓ Hesbeen, W. (2000). Cuidar no Hospital – Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspetiva de Cuidar. Loures: Lusociência.
- ✓ Hesbeen, W. (2001). Qualidade em enfermagem- Pensamento e ação na perspetiva do cuidar. Loures, Portugal: Lusociência
- ✓ International Agency for Reserch on Cancer - WHO. Disponível na Internet: <https://gco.iarc.fr>
- ✓ Le Boterf, G. (2003). Desenvolvendo a Competência dos Profissionais. 3ª Edição. São Paulo, Brasil: ARTMEDQ EDITORA S .A . ISBN 2-7081-2445-5
- ✓ Lemes, C. B. & Neto, J. O. (2017, março). Aplicações da Psicoeducação no Contexto da Saúde. Temas em Psicologia. Vol. 25, nº 1, 17-28 DOI:10.9788/TP2017.1-02. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000100002.
- ✓ Lopes, M. J. (2005). Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação. Publicado na Rev Esc Enferm USP 2005; 39(2):220-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/13.pdf>
- ✓ Lopes, M.J. (2006), A Relação Enfermeiro Doente como intervenção terapêutica, Formasau, Coimbra
- ✓ Lopes, M. J. (2018). Forming and Maintaining Interpersonal Relationships. Springer International Publishing Switzerland 2018 247 J.C. Santos, J.R. Cutcliffe (eds.), *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century*, Principles of Specialty Nursing, https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4_

- ✓ Ministério da Saúde (2018), Retrato da Saúde, Portugal. ISBN 978-989-99480-1-3. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf.
- ✓ Ministério da Saúde (2018). Relatório Anual acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do sns e entidades convencionadas. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/wcontent/uploads/2019/09/Relatorio_Anual_Acesso_2018.pdf.
- ✓ Nunes, L. (2018). Para uma epistemologia de enfermagem (2ª edição). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- ✓ Nunes, L. (2016). Ética no Fim de Vida e quando eu não puder decidir? Lisboa, Portugal: Fundação Francisco Manuel dos Santos
- ✓ Nunes, L. (2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Departamento de Enfermagem do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde. ISBN: 978-989-98206-1-6. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- ✓ Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Disponível em:
- ✓ Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código deontológico dos enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- ✓ Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento Dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados e Enfermagem de Saúde Mental. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>

- ✓ Organização Mundial da Saúde Africa. (2012). Intervenções Essenciais de Prevenção e Controlo para a Redução da Incidência do Cancro na Região Africana da OMS. Um Manual para Líderes e Gestores. Disponível em :[///C:/Users/ut/Desktop/cancro%20em%20africa.pdf](C:/Users/ut/Desktop/cancro%20em%20africa.pdf).
- ✓ Organização Mundial da Saúde (2020). WHO Report on Cancer Setting Priorities, investing Wisely and Providing Care For All. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/who-report-on-cancer-setting-priorities-investing-wisely-and-providing-care-for-all>
- ✓ Organização Mundial da Saúde. (2001). Relatório mundial da saúde 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Direção Geral da Saúde. Lisboa, Portugal
- ✓ Rogers, C. (2010). Tornar-se Pessoa. 1ª edição, Lisboa, Portugal: Padrões Culturais Editora
- ✓ Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures, Portugal: Lusociência;
- ✓ Pollock, R.E., Doroshov, J.H., Khayat, D., Nakao, A. & O'Sullivan, B. (2006). UICC Manual de Oncologia Clínica. (8ª edição). Fundação Oncocentro de São Paulo.
- ✓ Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E. & Ferreira, S.. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. revista psicologia, saúde & doenças 8 (1), 13-32. de 20 20. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v8n1/v8n1a02.pdf>.
- ✓ Regulamento de Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem (2018). Associação das Escolas Superiores De Enfermagem e Saúde. Documento facultado pela coordenação do curso de Mestrado Integrado em Enfermagem em Associação
- ✓ Rispaill, D. (2002). Conhecer-se melhor para melhor cuidar – Uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem. Loures: Lusociência

- ✓ Ruivo, M; Ferrito, Nunes, L. et al (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. Revista Percursos. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- ✓ Sequeira, C. (2016). Comunicação Clínica e Relação de Ajuda. (1ª edição). Lisboa, Portugal: Lidel
- ✓ Silva, P. (2018). Cancro(s): A doença e os doentes. Porto, Portugal: Edições Afrontamento
- ✓ Silva, R.G., Ferreira, L.M. & Pereira, F. (2018). Intervenções de Enfermagem Promotoras da Adaptação da Mulher ao Cancro da Mama. Revista Onconews 36 Ano XI · jan-jun 2018. <https://doi.org/10.31877/on.2018.36.03>. Disponível em: <file:///C:/Users/ut/Desktop/artigo%20da%20adpta%C3%A7%C3%A3o%2013-5.pdf>.
- ✓ Simões, M. S. (2014). O Cancro. Lisboa, Portugal. Fundação Francisco Manuel dos Santos
- ✓ Watson, J. (2002), Enfermagem: Ciência Humana e cuidar – Uma teoria de Enfermagem. Lisboa, Portugal: Lusociência
- ✓ Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (2004). Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. (Modelos e teorias de Enfermagem) (5ª edição). Loures, Portugal: Lusociência
- ✓ Townsend, M. (2011). Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado; a Prática Baseada na Evidência. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas
- ✓ Unidade local de Saúde Norte Alentejano. (2015). Regulamento Interno. Disponível em www.ulsna.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/7/.

APÊNDICES

Apêndice I - Projeto de Intervenção: Psicoeducação no Controlo da Ansiedade na Mulher com Cancro da Mama

**A PSICOEDUCAÇÃO NO CONTROLE DA ANSIEDADE NA MULHER COM CANCRO DA MAMA:
PROPOSTA DE INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM**



de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização: Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica

Unidade Curricular: Estágio Final

Docente(s): Professor Doutor Raul Cordeiro

PROJETO DE INTERVENÇÃO: PSICOEDUCAÇÃO NO CONTROLO DA ANSIEDADE NA MULHER COM CANCRO DA MAMA

Autora: Isilda Brazão

maio
2020

**A PSICOEDUCAÇÃO NO CONTROLE DA ANSIEDADE NA MULHER COM CANCRO DA MAMA:
PROPOSTA DE INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM**

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde
Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização: Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica
Unidade Curricular: Estágio Final
Docente: Professor Doutor Raul Cordeiro

:

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: PSICOEDUCAÇÃO NO CONTROLO DA ANSIEDADE NA
MULHER COM CANCRO DA MAMA**

Autora: Isilda Brazão

maio
2020

ÍNDICE

1- CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA	3
2 - ESTRUTURA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	7
3 – BIBLIOGRAFIA	12

1- CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA

O cancro da mama na mulher é a patologia da área oncológica com maior taxa de incidência na população mundial, tornando-se “um problema de saúde publica” (Vasconcelos *et al*, 2012).

Reportando-se a Portugal, os resultados não diferem dos resultados mundiais, visto que, segundo os dados da Organização Mundial Saúde - International Agency for Reserch on Cancer, o cancro da mama é a patologia oncológica com maior taxa de incidência na população feminina portuguesa, representando 12% dos novos diagnósticos realizados em 2018.

A mama é uma das principais características físicas da mulher, enaltece a sua beleza física, representa a sua identidade enquanto género, feminilidade e sexualidade (Batista *et al*, 2017).

Ao ser confrontada com o diagnóstico de cancro da mama, a mulher experiencia um conjunto de emoções e sentimentos tais como: desespero, tristeza, angustia, dor, culpa, vergonha, choro, pânico, revolta, não aceitação do diagnóstico, vulnerabilidade, medo em relação à sua nova condição de saúde e ao futuro. (Batista *et al*, 2017; Furtado, Rodrigues, Ferreira & Lima, 2016).

A vivencia de todos estes sentimentos, tem forte impacto na vida mulher como ser bi-opsicossocial, provocando sofrimento psíquico e emocional, que a desorganizam e desestruturam em todas as seus domínios e dimensões, afetando dimensão física, social, psíquica e emocional, originando e fomentando estados de ansiedade em níveis moderados a graves, que oscilam ao longo de todo o processo da doença e posteriormente na transição da sua condição de doença-saúde, que comprometem o seu funcionamento global, a sua saúde mental, o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. (Peixoto, Peixoto, Pinto & Santos, 2017; Caniçali, Nunes, Pires, Costa & Costa 2012)

A ansiedade surge como resposta desajustada do organismo ao desconhecido, que se torna uma ameaça para a sua integridade em todas as suas dimensões pondo em risco a própria vida. Existem vários estudos científicos que aferem que a doença e os estados físicos afetam a saúde mental da pessoa. Neste contexto o Relatório Mundial da Saúde da OMS (2001: 36) refere

que “(...) a evidência científica acumulada, no campo da medicina comportamental, demonstra a existência de uma conexão fundamental entre saúde mental e saúde física”.

É fundamental que os enfermeiros estejam sensibilizados e desenvolvam competências que lhe permitam “reconhecer perturbações mentais devido a um estado físico” (Correia, 2014:176).

Assim, os enfermeiros prestadores de cuidados de saúde, particularmente os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, utilizando a metodologia do processo de enfermagem, recorrendo à realização de entrevistas estruturadas nas diferentes tipologias, com o objetivo de realizar a colheita de dados e avaliação diagnóstica, obtendo assim, dados que lhe permitam identificar as necessidades, os problemas presentes que influenciam a sua saúde mental e que interferem com a sua condição de saúde, planifiquem e a implementem de estratégias e intervenções, com o objetivo da resolução das necessidades e problemas identificados. Estas visam também empoderar e capacitar a mulher com conhecimentos sobre os principais aspetos da doença, esclarecer dúvidas e desmistificar crenças sobre a doença, desenvolver estratégias de coping, atitudes, habilidades, que contribuam para modificar o comportamento e reduzir o stress, enfrentar a doença com mais atitude e de forma mais resiliente, promovendo a redução dos níveis de ansiedade, melhorar a qualidade de vida, o bem-estar emocional, físico, psíquico e obter ganhos em saúde, nomeadamente a nível da saúde mental.

As intervenções psicoeducativas, são ações educativas organizadas e estruturadas centradas na pessoa e nas suas necessidades, que ocorrem fora dos sistemas de ensino formais, são sustentadas na orientação, compreensão, aconselhamento, educação, gestão de emoções e sentimentos, que contribuem para uma melhor gestão da doença, obtendo ganhos na saúde mental.

Segundo (Maia e Correia, 2008), a psicoeducação tem sido apontada como sendo eficaz na redução de sintomas depressivos e no apoio à pessoa com doença oncológica para lidar com stress psicológico. Os mesmos autores sustentados em vários programas de diversos autores, sugerem os conteúdos a serem abordados, em programas psicoeducativos para pessoas com doença oncológica:

- Informação e educação de conteúdos relacionados com a saúde;
- Competências de resolução de problemas;
- Gestão de stress;
- Suporte psicológico;

- Informação sobre o cancro;
- Informação sobre os tratamentos possíveis;
- Estratégias de coping eficazes para lidar com a doença;
- Informação sobre a doença, tratamentos e efeitos secundários;
- Como intensificar a comunicação entre doente e equipa de saúde;
- Conferir *empowerment* não só a doentes como os seus cuidadores e família através de pequenas experiências comportamentais e materiais psicoeducativos;
- Apresentar estratégias específicas que reforcem as mensagens educacionais apresentadas e que ajudem o doente a lidar com os efeitos secundários. (Maia e Correia, 2008).

Neste contexto, (Vinogradov e Yalom 1992), referem que as sessões psicoeducativas tem como principais objetivos:

- humanizar o ambiente do tratamento;
- melhorar a adesão ao tratamento;
- instilar esperança nos membros;
- oferecer informações sobre problemas específicos de saúde e sobre alterações necessárias no estilo de vida.

Assim, com a elaboração deste projeto pretendemos:

- Apresentar uma proposta de intervenção especializada de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica na área da psicoeducação que contribua para a redução e controlo da ansiedade na mulher com cancro da mama.
- Empoderar e capacitar a mulher com estratégias que lhe permitam controlar e reduzir os níveis de ansiedade, fomentando ganhos em saúde e qualidade de vida.

Neste âmbito, sustentado no diagnóstico de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica ansiedade presente em grau moderado ou elevado e que constitui um diagnóstico de enfermagem presente na mulher com cancro da mama que carece intervenção do Enfermeiro Especialista Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), tendo por objetivo sua resolução de forma diferenciada, estruturada, centrada e sustentada, contribuindo para o seu bem-estar físico, emocional e psíquico, melhorando e obtendo ganhos na sua saúde mental e qualidade de vida.

Assim, baseados no Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Ordem dos Enfermeiros 2018 e nas intervenções especializadas do EEESMP preconizadas, em (Maia e Correia, 2008), no Manual de António Carlos Amaral intitulado Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental mediante a CIPE e ainda no Manual Técnico intitulado InMAMAGroup - Programa de Intervenção de Grupo para Mulheres com Cancro da Mama - das autoras Ana Torres, Filipa Araújo, Anabela Pereira & Sara Monteiro, estruturamos uma proposta cuidado estruturado num projeto de intervenção psicoeducativa para o serviço intitulada: **“Projeto de Intervenção: Psicoeducação no Controlo da Ansiedade na Mulher com Cancro da Mama”**.

2 - ESTRUTURA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Número de sessões: 6 sessões com frequência de 2 vezes por semana.

Tempo de Duração das Sessões: 45 a 60 minutos.

Aplicação: O projeto de intervenção é dirigido particularmente para mulheres com cancro da mama.

Pode ser aplicado em grupo ou individualmente embora vários estudos demonstrem que as sessões psicoeducativas aplicadas em grupo são mais eficientes e benéficas no controlo, na gestão emocional e desenvolvimento de competências, assim como, na relação custo-benefício. (Torres *et al*, 2014).

Número de participantes: não exceder as 10 pessoas. (O grupo constituído deverá ser homogéneo.)

Critérios para integração no projeto de intervenção:

- Ser doente com cancro da mama e com capacidade cognitiva presente;
- Manifestar ansiedade ou apresentar sintomas de ansiedade, após avaliação diagnóstica, com aplicação da escala avaliação de ansiedade (Escala de Avaliação de Hamilton).
- Apresentar dificuldade no controlo e gestão de sintomatologia emocional.

Objetivos do projeto

- **Objetivos gerais:**

- Facilitar a adaptação da mulher à nova condição de saúde.
- Reduzir os sintomas ansiedade e o sofrimento psicológico.
- Capacitar a mulher com estratégias de coping, que contribuam para o ajustamento emocional, modificação do comportamento, enfrentar a doença, melhorar o bem emocional, psíquico e a qualidade de vida.

- **Objetivos específicos:**

- Informar sobre a doença e ser suporte para doente e família.
- Elucidar sobre a doença e os efeitos dos tratamentos quer a nível físico quer a nível psíquico, ensinando estratégias e mecanismos para lidar com estes, como por exemplo estratégias coping, o método de resolução de problemas, a respiração abdominal, relaxamento muscular progressivo.
- Informar a família para as possíveis modificações comportamentais da doente reativas a doença.
- Ensinar a identificar e modificar os pensamentos desestruturantes, por forma a manter ou recuperar a sua saúde mental e qualidade de vida.

Metodologia a ser utilizada: os métodos a serem utilizados serão o método expositivo, interrogativo e método demonstrativo.

Recursos humanos necessários: é necessária a participação de dois enfermeiros em que pelo menos um dele seja EEESMP.

Recursos materiais necessários: uma coluna de som, projetor, computador, cadeiras, colchões individuais, canetas, folhas de papel A4, novelo de lã e folhetos e guias informativos.

Implementação do projeto de intervenção: Deverá ser efetuada avaliação diagnóstica em relação à ao diagnóstico de ansiedade e ao diagnóstico de enfermagem qualidade de vida, imediatamente antes de iniciar a implementação do projeto de intervenção. Assim, antes de iniciar a 1ª sessão deverá ser aplicado a escala de avaliação de ansiedade (Escala de Avaliação de Hamilton) e a escala de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life Instruments - Bref) ao grupo participante, após a aplicação das escalas e a recolha destas, deverá iniciar-se as sessões psicoeducativas conforme planificação. Os resultados obtidos deverão ser avaliados e analisados. Não deverão ser divulgados às participantes, afim de minimizar possíveis constrangimentos para a pessoa e garantir a fiabilidade dos mesmos na repetição avaliação que irá ser efetuada na última sessão.

Avaliação: Na última sessão deverá ser aplicado novamente as escalas de avaliação da ansiedade e qualidade de vida. Os resultados obtidos deveram ser comparados com os resultados obtidos da primeira avaliação e verificar quais os ganhos que se obtiveram para a saúde mental

e qualidade de vida das participantes. A divulgação dos resultados às participantes deverá ser efetuada tendo em conta as premissas éticas, deontológicas e confidencialidade e proteção dos dados obtidos. Também deverá ser fornecido questionário de avaliação do programa e satisfação das doentes que deverá ser analisado os resultados obtidos, tendo em conta os objetivos do programa.

Planificação das Sessões

1ª Sessão

- Realizar apresentação dos dinamizadores das sessões;
- Realizar apresentação das participantes no grupo recorrendo à utilização de novelo de lã como técnica de Quebra Gelo, com o objetivo de estabelecer interação entre as participantes, minorando assim os constrangimentos;
- Efetuar apresentação dos objetivos do programa;
- Explicar as regras de funcionamento do programa;
- Explicar e explicitar as regras de funcionamento do grupo;
- Garantir a confidencialidade das abordagens e exposições efetuadas pelas participantes assim como o seu anonimato fora do grupo;
- Acordar com o grupo a forma como irão ter acesso aos resultados da sua avaliação diagnóstica através da aplicação das escalas de avaliação da ansiedade e qualidade de vida;
- Demonstrar uma atitude de aceitação;
- Os dinamizadores devem perceber quais as expectativas das participantes no grupo e validá-las;
- Desenvolver a relação terapêutica com os elementos do grupo;
- Desenvolver a coesão de Grupo;
- Promover a expressão de sentimentos de todas as participantes sobre o seu processo de saúde-doença;
- Promover escuta ativa e apoio emocional;
- Incentivar e realizar reforço positivo à participação de todas as participantes no grupo.
- Promover ambiente que leve à aprendizagem;

2ª Sessão

- Realizar resumo da sessão anterior;
- Promover ambiente que leve à aprendizagem;
- Abordar conceitos relacionados com a doença oncológica e com o cancro da mama;
- Abordar o impacto do cancro da mama em todas as dimensões da mulher como ser biopsicossocial;
- Abordar o impacto da doença na saúde mental na mulher;
- Facilitar e promover a partilha em grupo dos sentimentos experienciados pelas participantes;
- Facilitar e promover a partilha das dificuldades vivenciadas pelas participantes;
- Promover escuta ativa e apoio emocional;
- Incentivar e realizar reforço positivo á participação de todas as participantes no grupo.

3ª Sessão

- Realizar resumo da sessão anterior;
- Ensinar sobre a importância de hábitos de vida saudáveis como a alimentação, exercício físico...
- Ensinar sobre a importância da boa higiene do sono;
- Ensinar as participantes da importância da comunicação assertiva e eficaz;
- Ensinar sobre estratégias de coping;
- Ensinar sobre técnicas de autocontrolo da ansiedade como por exemplo aromoterapia, escrever um diário, musicoterapia, filmoterapia, yoga, meditação, oração...
- Encorajar a interação familiar, social;
- Promover escuta ativa e apoio emocional;
- Incentivar e realizar reforço positivo á participação de todas as participantes no grupo.

4ª Sessão

- Realizar resumo da sessão anterior;
- Ensinar sobre gestão de emoções;
- Treino de controlo da respiração abdominal;
- Executar a demonstração do treino de controlo da respiração abdominal;

- Encorajar as participantes a executarem o treino de controlo da respiração abdominal corrigindo erros detetados;
- Incentivar e realizar reforço positivo á participação de todas as participantes no grupo.

5ª Sessão

- Realizar resumo da sessão anterior;
- Ensinar autocontrolo da ansiedade através da técnica de relaxamento progressivo de Jakobson;
- Realizar avaliação dos sinais vitais nomeadamente frequência cardíaca;
- Pedir aos doentes para classificar nível da ansiedade de 0-10 ante e depois da execução da técnica de relaxamento de Jakobson;
- Executar a técnica de relaxamento progressivo de Jakobson;
- Incentivar e realizar reforço positivo á participação de todas as participantes no grupo.

6ª Sessão

- Realizar resumo da sessão anterior;
- Aplicação das escalas de avaliação de ansiedade (Escala de Avaliação de Hamilton) e a escala de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life Instruments - Bref);
- Verificar os ganhos obtidos pelas participantes para a sua saúde mental, bem-estar emocional, físico e qualidade de vida.
- Dar feedback às participantes dos resultados e evolução destas, segundo o acordo efetuado entre os dinamizadores e as participantes na 1ª sessão.
- Aplicar questionário de avaliação do programa e da satisfação das doentes;
- Realizar encerramento da intervenção.

3 - BIBLIOGRAFIA

- ✓ Batista K, Mercês M, Santana A, Pinheiro S, Lua I & Oliveira D. (2017). Sentimentos de Mulheres com Câncer de Mama Após Mastectomia. Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(7):2788- 94, jul., 2017. Disponível na Internet: https://www.google.com/search?xsrf=ACYBGNSJjg78_ChSGrbjXNN4s0Q
- ✓ Caniçali C, Nunes LR, Pires A, Costa F & Costa M. (2012). Ansiedade em mulheres com câncer de mama. Revista Eletrônica trimestral Enfermería Global. Nº 28 Outubro 2012. Disponível na Internet: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/pt_clinica5.pdf
- ✓ Cortesão, L. Leite, C. e Pacheco, J. (2002). Trabalhar por projetos em educação. Uma inovação interessante? Porto, Portugal: Porto Editora.
- ✓ Furtado H, Rodrigues S, Ferreira C & Lima T. (2016) Repercussões do diagnóstico de câncer de mama feminino para diferentes faixas etárias. Revista Eletrônica Ciência & Saúde. 2016;9(1):8-14. Disponível na Internet: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/21813/1438>
- ✓ Maia, L., Correia, C. (2008). Consequências Psicológicas, Estratégias de Coping e Intervenção na Doença Oncológica. Uma Revisão da Literatura para Aplicação Prática. Disponível na internet: www.psicologia.com.pt.
- ✓ Peixoto N, Peixoto T, Pinto C & Santos C. (2017). Estratégias de Autogestão da Ansiedade nos Sobreviventes de Cancro: Revisão Sistemática da Literatura. Revista de Enfermagem Referência Série IV - n.º 12 - JAN./FEV./MAR. 2017. Disponível na Internet: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn12/serIVn12a15.pdf>
- ✓ Organização Mundial da Saúde. (2001). Relatório Mundial da Saúde 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Direção Geral da Saúde. Lisboa, Portugal.
- ✓ Organização Mundial Saúde - International Agency for Reserch on Cancer.

Disponível na Internet: <https://gco.iarc.fr>

- ✓ Silva, S., Vasconcelos, E., Santana M., Araújo, J., Valente, T., Oliveira, J., Cunha, N., et Conceição, V. (2012) Câncer de mama uma doença temida: Representações sociais de mulheres mastectomizadas. Revista Eletrónica Gestão & Saúde. Vol.3, Nº.02. 2012. Disponível na Internet: <https://www.google.com/search-sxsrf=ACYBGNT8Ri6VywCsbyOmuV>
- ✓ Torres, A., Araújo, F., Pereira, A. & Sara, M. (2014). InMAMAGroup - Programa de Intervenção de Grupo para Mulheres com Cancro da Mama. Manual Técnico. Lisboa, Portugal: Cegoc

Apêndice II - Resumo do Artigo Científico “Influência da Psicoeducação no Controle da Ansiedade na Mulher com Cancro da Mama: Revisão Integrativa da Literatura”

Resumo

Objetivo: O objetivo principal da presente revisão é: Compreender o âmbito da intervenção especializada de enfermagem na área da psicoeducação no controlo da ansiedade na mulher com cancro da mama.

Métodos: De forma a dar resposta ao principal objetivo, o método utilizado foi uma revisão integrativa da literatura através de pesquisa nas bases de dados científicas B-on, Cochrane, PubMed nos idiomas português e inglês.

Resultados: Após análise aprofundada dos artigos selecionados para esta revisão integrativa da literatura evidenciou-se que, o cancro da mama na mulher, afeta-a em todas as suas dimensões, comprometendo o seu funcionamento físico, social, emocional e afetivo, originando perturbações psicopatológicas que afetam o seu bem-estar físico, emocional e qualidade de vida. Contribuindo assim, para o desenvolvimento de níveis de ansiedade moderados a elevados.

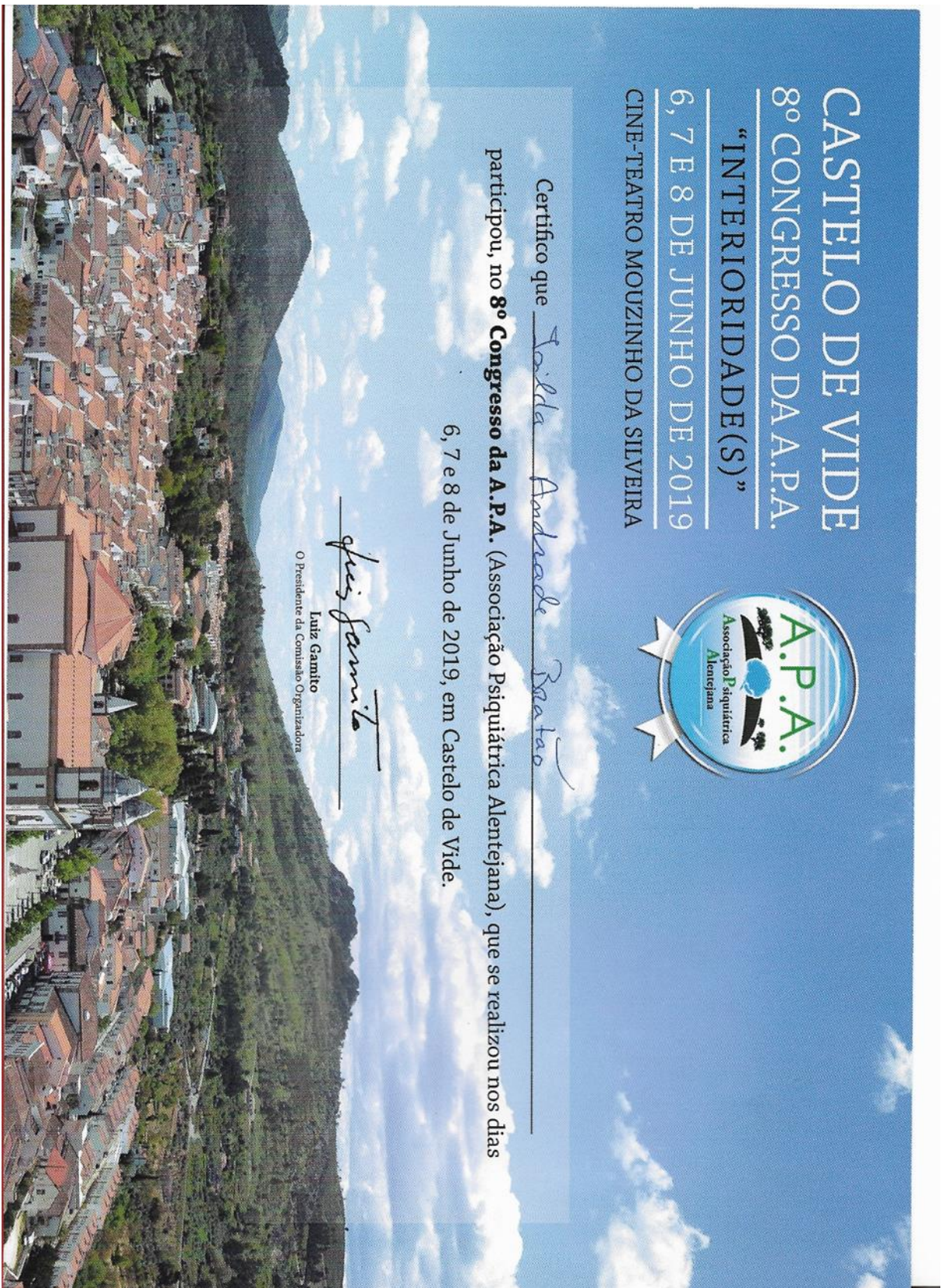
Conclusões: Os enfermeiros como prestadores de cuidados de saúde têm um papel fundamental na orientação, compreensão, aconselhamento, educação da mulher com cancro da mama. Capacitando-a e empoderando-a com conhecimentos e estratégias, que lhe permitam controlar e reduzir os níveis de ansiedade, melhorar a qualidade de vida e obter ganhos em saúde, nomeadamente a sua saúde mental.

Descritores (DeCS): “mulher”, “neoplasia da mama”, “ansiedade”, “educação”, “enfermagem”.

Descritores (MeSH): “women”, “breast neoplasm”, “anxiety”, “education”, “nursing”.

ANEXOS

Anexo I - Certificado de Presença no Congresso no 8º Congresso da A.P.A., “Interioridade(s)”



Anexo II - Certificado de Presença no X Congresso Internacional d'a Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental subordinado ao tema “Desafios em Saúde Mental)

Certificado

Para os devidos efeitos certifica-se que

Isilda Andrade Brazão

esteve presente, num total de 12 horas, no **X Congresso Internacional d'A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental** subordinado ao tema "**Desafios em Saúde Mental**", realizado a 30 e 31 de Outubro de 2019, no Instituto Politécnico de Portalegre, Portugal.

Porto, 31 de Outubro de 2019



Presidente do Congresso

P'la Comissão Científica

**A SOCIEDADE PORTUGUESA
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL**
(Diário da República II Série n.º 174 de 10.09.2007)
www.aspesm.org

Anexo III - Certificado de Frequência do Curso “Ansiedade, Stresse e Regulação Emocional em Doentes Oncológicos”

Certificado

Para os devidos efeitos certifica-se que

Isilda Andrade Brazão

foi **formando(a) no curso** "Ansiedade, Stresse e Regulação Emocional em Doentes Oncológicos" inserido no **X Congresso Internacional d'A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental** subordinado ao tema "**Desafios em Saúde Mental**", realizado de 29 a 31 de Outubro de 2019, no Instituto Politécnico de Portalegre, Portugal.

Porto, 31 de Outubro de 2019



Presidente do Congresso

P'la Comissão Científica

**A SOCIEDADE PORTUGUESA
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL**
(Diário da República II Série n.º 174 de 10.09.2007)
www.aspesm.org

Anexo IV- Certificado de Frequência do Curso de Formação Profissional “Prevenção do Suicídio”

A PSICOEDUCAÇÃO NO CONTROLE DA ANSIEDADE NA MULHER COM CANCRO DA MAMA: PROPOSTA DE INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM



Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que ISILDA ANDRADE BRAZAO natural de São Vicente nascida em 07/08/1975, com o N.º de Cartão de Cidadão 10866939 4ZY6 válido até 02/05/2022, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Prevenção do Suicídio, em 10/09/2019, com a duração de 4:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação
Determinantes socio demográficos de Saúde Mental	1:00	-
Epidemiologia do suicídio no Norte Alentejano, o que revelam os números	1:30	-
A necessidade de criar sinergias com as experiências e recursos existentes	1:30	-

Portalegre, 21 de abril de 2020

O(A) Responsável pelo(a) Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E.

(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora Certificada)

ALBERTO
ANTÓNIO
CORREIA
ALVES

Assinado de forma
digital por
ALBERTO
ANTÓNIO
CORREIA ALVES
Dados: 2020.06.02
12:56:48 +01'00'

Certificado n.º 361/2019 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

Anexo V - Certificado da Realização do Póster “A Influência da Felicidade na Saúde Mental do Idoso: Revisão Integrativa da Literatura”

Certificado

Para os devidos efeitos certifica-se que

Marilinda Chavertana, Cátia Martins, Isilda Brazão, João Claudino, Célia Magno e Vera Nabais

é autor do póster "A influência da felicidade na saúde mental do idoso: Revisão Integrativa da Literatura" exposto no X Congresso Internacional d'A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental subordinado ao tema "Desafios em Saúde Mental", realizado de 29 a 31 de Outubro de 2019, no Instituto Politécnico de Portalegre, Portugal.

Porto, 31 de Outubro de 2019



Presidente do Congresso

P'la Comissão Científica

**A SOCIEDADE PORTUGUESA
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL**
(Diário da República II Série n.º 174 de 10.09.2007)
www.aspesm.org